

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

**Estudio de la cistitis tuberculosa : concepto clínico y
tratamiento**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Luís Valeta Canela

Madrid, 2015

R. 52607 TA 91

ESTUDIO DE LA CISTITIS TUBERCULOSA

CONCEPTO CLINICO Y TRATAMIENTO



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE



5315110948

Prólogo

Siendo la tuberculosis una plaga que azota la humanidad en forma verdaderamente alarmante pues creo en la hipótesis de LAENNEC que todos hemos sido tuberculizados y siendo en número crecidísimo el de enfermos que he asistido en las múltiples y diversas formas de localización de dicha infección y como la de la vejiga es de una forma de las más obscuras aunque por suerte tampoco es de las mas frecuentes de aquí que empezó a interesarme este tema que quise ir desembrozándolo en el sentido de si la infección de la vejiga era siempre secundaria o la lesión renal y al aclarar este punto con el historial recopilado y la bibliografía recogida lo ofrezco como tema para la

tésis del doctorado. Este es el motivo por el cual someto este modesto
trabajo a su distinguida consideración.

-----o-o-o-o-----

CONCEPTO CLINICO Y SU TRATAMIENTO

El plan del presente estudio es el siguiente:

El segundo capítulo, destinado al estudio etiológico, ofrece bien
deslindado lo relativo al concepto etiológico fundamental, ó como
si se dijera patogenia de la cistitis tuberculosa, en donde se estu-
dian los mecanismos posibles de implantación del bacilo tuberculi-
fígeno en la vejiga.

El capítulo tercero trata de la anatomía patológica, y se procura
(1)

desde el principio sujetar el espíritu a un método severo, con el fin de no incurrir en prolijidad exponiendo datos que, si bien pertenecen al estudio del proceso tuberculoso, no se adaptan bien así y todo, al sujeto tan perfectamente definido de la presente monografía. En cambio, con cuidado son atendidas las condiciones de lugar y tiempo bajo las cuales las lesiones tuberculosas vesicales se desarrollan, pues de este modo se facilita sobremanera el conocimiento clínico de la enfermedad; como que casi, casi, sería posible adivinar los síntomas culminantes y el orden de su aparición (supuesto que se ignorasen) con solo recordar, además, la fisiología normal de la vejiga urinaria.

El cuarto capítulo es un corolario del precedente: después de la lesión, el síntoma; y claro está que la exposición sintomatológica ha de presentar el mayor número posible de puntos homólogos con la exposición anátomo-patológica; son cúmulos de conocimientos estratificados por necesidades didácticas, pues así en la realidad

como en la inteligencia se compenetrán íntimamente. Queda respetado, por lo tanto, el orden del anterior capítulo, y los síntomas son estudiados en dos artículos, uno para los mas propios del período primero de la enfermedad, é de tuberculización vesical, y otro para los que caracterizan al segundo período, llamado con propiedad de cistitis tuberculosa. Hay, además, sección aparte para los signos físicos, cuya división, aunque algo ficticia, la acogemos en atención á la claridad expositiva y al provecho clínico que puede reportar. Y, en fin, en el curso de la descripción sintomatológica se puntualizan por manera sucinta las particularidades presentadas por la cistitis tuberculosa en la infancia.

El capítulo quinto, que versa sobre el diagnóstico, sólo es equiparable al último, reservado al tratamiento, en importancia y en dificultad de composición. Al conocimiento diagnóstico convergen la totalidad de los datos expuestos en los restantes capítulos, y de mismo se desprenden á su vez el concepto clínico de la enfermedad

y los preceptos terapéuticos para combatirla. Representa el punto diagnóstico en el estudio de la cistitis tuberculosa, lo que es el punto de ramificación de un camino que parecía trillado, en el cual hay que decidirse echando por alguno de los senderos, con exposición de llegar tarde ó nunca al fin de la jornada. En esta convicción, nos proponemos hacer aquí parada y tomar referencias y guía para dirigir con seguridad nuestros pasos; no fuese que tomando de golpe la ancha y moderna vía de la microbiología, seguros de que va directamente al campo del proceso tuberculoso, nos encontrásemos luego desorientados para penetrar en la jurisdicción de la cistitis tuberculosa, donde exploradores mejor aconsejados con menos fatiga pudieran llegar mucho antes y desflorarlo. Así, pues, lo primero que se ofrece en ese capítulo, es el diagnóstico diferencial, que suele ser el último por lo común, á pesar de que, en la enfermedad que nos ocupa, la suprema apetencia del espíritu es la de librarse de tantísimo estorbo como entorpece su labor, en atención a

lo cual no hemos vacilado en principiar de la dicha manera y dejar desde luego excluidas una porción afecciones observadas tal cual vez con la mascarilla de la tuberculosis vesical. Viene enseguida el que llamamos concepto diagnóstico inductivo, porque resulta de elevarse de los hechos á los principios cada vez de orden superior, ó lo que es lo mismo, del análisis amplio de los síntomas con sus diferencias proximas, según sea la individualidad morbosa de que dependan, y natural es que concepto tan lógico merezca el encarecimiento de la importancia y ventaja que en si mismo lleva. Y como para favorecer el contraste, llégase inmediatamente en el artículo tercero al diagnóstico bacteriológico, crítica de su valia y sus motivos de error más inminentes; de suerte que, si a tanto llegase nuestra fatalidad que resultásemos inspirados, antes que por la verdad, por la pasión, nuestro papel de crítico inflexible sería de grandísimo becherno, por aparecer juntamente lo directo y lo impetuoso del ataque, y por la incapacidad clínica que se nos podría

atribuir, ya que no sólo leyendo y meditando ha sido compuesto el presente estudio, sino además, observando algunos enfermos, los he estado para mantener la atención polarizada hacia las particularidades de sus padecimientos. Y por último, trátase aparte del diagnóstico anátomo-patológico, en el cual encuentra su debido lugar la cistoscopia, cuyo medio equiparable al examen microscópico, en cuanto á valor clínico, puesto que también cuenta con muchas dificultades su práctica.

El capítulo sexto referente al curso y pronóstico de la cistitis tuberculosa, no presenta mas que los conceptos comunes.

El capítulo séptimo se refiere al tratamiento, que es subdividido en médico y quirúrgico. La crítica de los métodos terapéuticos, los operatorios inclusive, ha sido en lo posible llevada á un nivel análogo al que estuvo colocado en los capítulos precedentes, para que el conjunto del Estudio sea compacto y proporcionado.

C A P I T U L O P R I M E R O

HISTORIA

Según CATROU, las lesiones tuberculosas de la vejiga las observé ya AMBROSIO PAREO, pues lo indican así las siguientes palabras que escribí á propósito de un caso clínico: "encontramos la vejiga callosa y llena de pústulas, como pequeños guisantes, que, al ser comprimidas, daban salida a pus blanco parecido al que era echado en vida con la orina". (Lib. XVII, cap. 59.)

Mas, en ningún otro escritor de la época de PAREO, ni de las posteriores hasta este siglo, es posible hallar el menor concepto claro sobre la cistitis tuberculosa. Así se comprende bien que el mayor número de autores, incluso COLAS en su Tesis, convengan en que solo fué BAYLE quién, a principios de la presente centuria, afirmara que la tuberculosis puede invadir primitivamente otros mu-

chos órganos á más de los respiratorios, como V.gr. la vejiga urinaria. Hizo buena esa aserción LAENNEC en 1819, pues confirmó que las lesiones ulcerativas halladas en la vejiga de algunos cadáveres, tenían todo el aspecto de tuberculosis. Más tarde, en 1823, indicaba el mismo LAENNEC la importancia de las manifestaciones tuberculosas vesicales desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento. Casi al mismo tiempo ROVOGHIP publicaba su estudio sobre el propio punto; pero ninguno tan aventajado como LARCHIER, descubriendo los tubérculos miliares vesicales y algunos síntomas de la cistitis crónica. BOYER y también CRUVEILHIER citan las lesiones de la vejiga al hablar de la tuberculosis renal, y lo mismo AMMON (1834), BERMOND (1837), etc. Entre los que publicaron casos aislados de cistitis tuberculosa, hay que recordar á DUCHAPT (1831), PASQUET (1838), LACOMBE (1840), BARTHEZ y RILLIET (1842), etc. En particular LOUIS hizo llegar á un paso de la perfección la anatomía patológica (excluida la

histología fina) de esa afección, y así pudo ser representada con bastante exactitud por LANCEREAUX en su atlas. Habían empezado antes á detallar algo este estudio RAYAR, ANDRAL, DUFOUR, LIONVILLE, etc.!

Pese al adelanto anátomo-patológico, el estudio clínico permanecía apenas esbozado, confundiéndose el cuadro de la afección con el de las restantes cistitis crónicas, conforme lo lamentaban CHAVASSE (1872), y LEBERT (1875). Registre cualquiera de los trabajos citados á continuación, y es seguro que no hallará ni siquiera medianamente descrito el conjunto clínico de la cistitis tuberculosa; antes al contrario, como hace notar GUEBHART, del cual tomamos los datos bibliográficos, pronto se echará de ver que algunas observaciones clínicas de supuesta tuberculosis renal, parecen mejor ser casos típicos de cistitis tuberculosa. Y á lo más, podría notarse algún adelanto en el concepto etiológico, y aún solo en las obras de los cirujanos ingleses SMITH, WILKS y SANDERSON.

Véanse los autores que trataron, más ó menos especialmente, de la

clstitis tuberculosa hasta la fecha en que publicaren sus estudios CHAVASSE y LEBERT:

BAUCHET, Bulletin Société anatomique (1850); DUFOUR (1851) y (1853); FAUCHER (1856); GARNIER (1859); RICORD, Gaz. méd. (1852); GARIN, Lyon méd. (1876); TEIRLINCK, Presse méd. belge #1862, página 145); SIMON, The Lancet #1850, I, pag. 296); BASHAM, Id. id. (1855, II, pag. 5); HEWETT, Id. id. (1874, II, pag. 813); THOMPSON, Brit. méd. Journ. (1861); CHARLES, Id. id. (1875); LITTLE, Rep. of Dubl. path. (1875, pag. 470); THOMPSON, Medical Times (1875, II, página 41); PAULICHI, Wiener med. Wochenschrift (1869) pag. 821); BAUTNER, Prager Vtische. für prakt Heilk. (1845, VII, pag. 92); SOLOWEITCHICK, Arch. für Derm. und Syphi. (1870, II, #18607; Arch. für path. Anat. (V. 406); ROSENSTEIN, Berliner Klin. Wochenschrift (1865 pag. 211); ADELMANN, Gunab. Ztsch. (1856); FOSSART, Tesis (1855); BAUCHET, Id. (1857); BROUARDEL, Id. (1863); VILLEMEN, Id. (1868); PASTUREAU, Id. (1872); BARNIER, Id. (1873); BÉERINE, Id. (1873); NARGANE, Id. (1873); GRANCHER, Id. (1873); STAFFER, Id. (1874); DELFAU,

Id. (1874); KÖNIG, Abhüb. der Krankh. der Nieren (Beipzig, 1826, pag. 204); AMMON, Rust, s. Mag. für der gesamm Heilk. (XL, III, pag. 600); KIWISCH, Klin. Vertr. (Praga 1849, I, 240); GEIL, Ueber der Tub. d. w. Geschlechtsorg. (Erlangen, 1851); PAULSEN, Smidt, s. Jahrb. (LXXX, pag. 225); FUCHS, Tub. in d. Nieren (1857); SCHMIDTLEIN, Diagn. d. Phth. d. Harnwege (Erlange (1862); DITTRICH, Arch. d. Heilk. (1863, pag. 304); MOSLER, Ed. (1863, IV, pag. 299); KUSSMAUL, Würzb. med. Zeitschv. (1865, IV, pag. 24); ROSENSTEIN, Malad. des reins. Trad. franc. (1874, pag. 503); ROKITANSKY, Lehrb. d. parth. Anat. (3ª edic., II, pag. 367 y III, pag. 354); HOFFMANN, Deutsch. Arch. für Klin. med. (1867, III); KLEBS, Path. Anat. (pag. 699); RINDFLEISCH, Histol. path. (Trad. franc. pag. 377); VIRCHOW, Krankh. Gescw. (II, pag. 651); BASHAM, On Dropsy, (pag. 304; ROBERTS, Ur. and. ven. diseases, (1865); THOMPSON, Mal. des veis urin. (Trad. franc. cap. XV); WEST, Dis. of women, (2ª edic., pag. 183); SMITH, St. Barth. hosp. Rep. (VIII, pag. 96); SANDERSON. Research. en artif. tub. (Edinburg, 1869); etc. etc.

Hemos de advertir que no por hacer gala de erudites acabamos de

trasladar el extracto bibliográfico de la cistitis tuberculosa hasta el año 1878, pues, si á dicho blanco solo tirásemos, fácil nos sería entresacar de las tesis mas recientes los nombres de los innumerables autores que, desde aquella fecha hasta el presente, también se han ocupado en el propio estudio; nuestro objeto es únicamente proporcionar datos bastantes para la formación de concepto exacto sobre la manera especialísima de progresar el conocimiento clínico de la tuberculosis vesical. Contrasta, en verdad, la riqueza bibliográfica y la perfección del estudio anátomo-patológico, con la extrema pobreza del concepto clínico, manifestada de un modo terminante aparte las antecitadas CHAVASSE y LEBERT, por el mismo GUICH, en el siguiente párrafo: "Al paso que las lesiones han sido investigadas en el cadáver con el mayor celo, causa viva sorpresa el ver que el estudio clínico, lejos de correr parejas con el progreso anátomo-patológico, apenas estaba bosquejado hace 40 años. Por este motivo me he dedicado, desde que dirige el departamento de vias urinarias

de este Hospital, á vulgarizar, era con sus propios trabajos
era por medio de sus alumnos (TARNET, GUEBhard, MONOD, HACHE,
BOURGIER), todo lo que la ya larga observación me ha hecho notar
sobre la sintomatología, la evolución clínica y el diagnóstico
de la tuberculosis urinaria. Tales esfuerzos han sido corona-
dos con el éxito, y hoy tengo la satisfacción de comprobar que
el impulso dado en nuestra visita no ha contribuido poco á fi-
jar las ideas sobre ese punto importante de la patología uri-
naria y á emprender las investigaciones con que nos hemos en-
riquecido".

-----o-o-o-o-----

C A P Í T U L O S E G U N D O →-----

ETIOLOGÍA

INTRODUCCION

Si la etiología de la cistitis tuberculosa es considerada digna de ocupar la atención en capítulo especial, fuerza es que se admita también la existencia de la tuberculosis primitiva de la vejiga.

La tuberculosis vesical primaria ha sido admitida, ya hace años, más o menos tácitamente, según se deduce de sus escritos, por CRUVEILHIER, DUFOUR, LANCERREUX, WEST, SCHMIDTLEIN, BROUARDEL, SANDERSON, TAPRET y otros. Y los autores reacios á esta creencia no han negado á lo menos que la tuberculosis se mantenga á veces muchos años localizada en la vejiga, sin que el estado general del individuo presente otros quebrantos que los propios del sufrimiento de la cisti-

tis. Acaso existan otras focas tuberculosas, especialmente en el parénquima pulmonar, aun en los enfermos que menos indicios de ello muestran; pero esa ~~menor~~ existencia anatomo-patológica, sea simultánea con las primeras manifestaciones vesicales, sea haya tomado principio con posterioridad á estas, sea del modo que fuere, si permanecen adormecidas, y eso bien se ve al explorar sin resultado, clínicamente quedan descontadas, y la cistitis tuberculosa debe estimarse como primitiva. ----

De lo que no hay duda posible es de la relativa rareza de la tuberculización vesical primitiva. GUEBHARD expone treinta y tres observaciones de esta afección, y entre ellas se cuentan hasta veinte y seis casos en que se pudo practicar el examen post mortem; pues bien, en todas las autopsias encontráronse lesiones pulmonares, cuya evolución parecía iniciarse sólo en tres observaciones, y en las restantes estaban ya en período avanzado. ARMANDON cita dos de los casos de GUEBHARD á que acabamos de hacer

referencia, y además otros siete (unos y otros referentes á niños) de los cuales tres ofrecían varias manifestaciones tuberculosas. COLÁS y CATROU, en sus tesis, precedentemente citadas, dan pocos datos sobre este particular, porque sus estudios versan en especial sobre el tratamiento de la cistitis tuberculosas; pero, no obstante, entre diez y nueve casos que reseña el último hemos contado cinco en que se manifiesta la coexistencia ó sucesiva evolución de otras localizaciones tuberculosas. Pero de esto no se debe deducir la no existencia absoluta de la cistitis tuberculosa primitiva. El mismo CATROU escribe: "á menudo la tuberculosis vesical no es una manifestación local de la tuberculosis general. Sin duda que muchas veces constituya sólo una parte de la tuberculosis génito-urinaria; mas hay también ocasiones en que la infección bacilar está limitada primitivamente á la mucosa de la vejiga. Existe, pues, esta localización tuberculosa, comparable á las de la lengua ó de la piel, y puede persistir mucho tiempo sin atacar á otros órganos." HACHE,

en fin, se expresa de la siguiente manera: "parece hoy demostrado que la tuberculosis puede desarrollarse primitivamente en la vejiga, sin propagación ni contaminación directa, y en particular, sin lesiones anteriores ó concomitantes en el pulmón, órganos genitales y los restantes del aparato urinario; únicas vísceras á propósito en las cuales la comprobación es posible. La integridad de los pulmones es afirmada en tan gran número de observaciones, apoyadas sobre los resultados de la exploración clínica, que no es posible ponerla en duda; pero hay que advertir, como ha hecho notar CHAUVEL, que todavía no se ha publicado observación ninguna con autopsia en que hayan dejado de hallarse lesiones en los pulmones".

Clínicamente á lo menos existe, pues, la cistitis tuberculosa, sin tendencia á la generalización, y de curso largo, con alternativas de alivio fugaz que dan tiempo al tiempo, para que la mayor parte de veces sea otra la enfermedad que quite la vida al paciente. Es mas; esa tuberculosis local de la vejiga es quizás la mas frecuente

de todas las restantes localizaciones génito-uritarias del mismo proceso. No respeta edad ninguna:AMMON cita un caso   los 3 años, WEST otro a los cuatro,FOUCAULT   los 5, GUIARD   los 6 y ROCHET dos observaciones también á los 6 años. JACOBY y GUYON afirman asimismo la aparición de la cistitis tuberculosa en las primeras edades.La vejez no est  libre tampoco de tal afección,pues se registran casos en la mas avanzada decrepitud,como los de las observaciones VII,XX,XXIX de GU BHARD,y otro citado por TABRET relativa   un anciano de 97 años. Son manifestaciones tardías de tuberculosis latente (VIRCHOW). Pero la época de la vida en que es más frecuente es de los 15   los 40 años.

El sexo masculino es el mas atacado;La relativa frecuencia en ambos sexos es parecida   la de la tisis,es decir,de 3:2.

ARTICULO PRIMERO

Concepto etiológico fundamental

Bastante conocidas son algunas de las vias de infección tubereu-

losa: la de pura contigüidad y las constituidas por las corrientes sanguínea y linfática. Hay otras, no obstante, que aunque sean sospechadas, no son todavía conocidas; á esas les llama WILLE tuberculosis por autoinfección de mecanismo secreto.

Infortunadamente, el grupo de cistitis tuberculosas más dignas de estudio, es decir, las primitivas, van comprendidas en el número de esas implantaciones del bacilo aun mal interpretadas en sus orígenes. De los restantes no hay que hablar, pues nada tiene de especial el que la vejiga se tuberculice á fuerza de tener constantes relaciones con el producto de riñones ó uréteres tuberculosos; ni tampoco el que la sangre y la linfa lleven a la mucosa vesical los gérmenes procedentes de focos primitivos en diversas regiones del organismo; precisamente la circulación es el medio más á menudo aprovechado por el bacilo para trasladarse y asentar ya en los huesos, ya en las meninges, ora en la piel, ora, en fin, en los órganos genito-urinarlos.

Las infecciones tuberculosas por mecanismo obscuro, es seguro

que en principio son de índole exógena, mera penetración del bacilo á través de las vallas epiteliales, pura entrada directa en los órganos accesibles como la laringe, las amígdalas, la superficie cutánea, el intestino, etc., Mas, á bien que tenga que ser así en todos los casos, y eso no encierra dificultad, atendida la difusión enorme del virus en el medio circundante, aun es cierto que el ingreso del bacilo en el organismo puede ir seguido todavía de salud, ya porque el número de bacilos sea insuficiente, ya porque la resistencia de los tejidos se desenvuelva de manera que reduzcan á los gérmenes al estado latente. Así es que nadie, en rigor de buena teoría, puede jactarse de estar indemne de esa maldita hierba de la tuberculosis, y así es también que ningún tuberculoso puede ni siquiera sólo sospechar el momento ó fecha, en que empezó á serlo. Muchas son las razones que obligan á creer que las siembras de bacilos en los organismos indemes no prosperan por igual, y al paso que en unos medran y dominan prontamente, en otros permanecen por mu-

cho tiempo, acaso siempre, sin alcanzar el más mínimo desarrollo.

Además, los enfermos de tuberculosis localizadas, ofrecen en sus historias clínicas, circunstancias tan significativas en lo que respecta á la etiología determinante de sus lesiones, que ya no cabe más que el dilema siguiente:

O se ha de admitir que los traumatismos son tuberculígenos por sí mismos, y que muchos procesos patológicos simples, como la congestión, la inflamación, etc., tienen igualmente aptitud antrínseca de producir la tuberculosis.

O bien se ha de aceptar que tales enfermos estaban ya constituidos á modo de conductores de electricidad estática, que por cualquier punto que se les aproxime el necesario estímulo, hacen saltar la chispa; es decir: conductores de tuberculosis silenciosa mientras dura la estabilidad en equilibrio difícil entre las contrapuestas energías del germen morbozo y de los tejidos sanos que lo contienen.

La elección no es audaz, es evidente.

Admitida la auto-infección tuberculosa precedida del simple ingreso (no infectante de un modo inmediato) del bacilo dentro del organismo, el concepto de la tuberculosis primitiva de la vejiga urinaria, parece quedar por los suelos, siendo así que donde queda es su verdadero sitio y sin esos humos de entidad al uso del día, en que una palabra se hace valer por un hecho que.....no existe. LOUIS reflexionó sobre esto con acierto, pero no atinó en expresarse bien, al decir que: "siempre que aparecen tubérculos en un órgano cualquiera, es forzoso que existan también en el pulmón." El pulmón no puede tener este privilegio patológico, y la ley esa se debe formular con más carácter de ley diciendo: "cuando se manifiesta la tuberculosis en un órgano, cualquiera que sea, el individuo empezó forzosamente antes á ser tuberculoso." Y como quiera que no haya regla sin excepción, también aquí conviene hacerla para la piel y algunos territorios mucosos (la misma vejiga tal vez) en los cuales puede depositarse y prender de una manera directa el bacilo que

por todas partes nos rodea.

Lo que hay es que, según lo dicho, la tuberculosis primitiva de la vejiga es puesta al mismo nivel de importancia que las demás tuberculosis locales, en cuyo estudio, al revés de lo que ha ocurrido en el de la primera, no se han exagerado las apreciaciones, y en consecuencia, tampoco se ha incurrido en la obcecación de no ver que toda lesión tuberculosa local es posible que sea clínica y anátomo-patológicamente primitiva, si bien tan solo en la restricta aceptación que hemos discurrido, ó sea en el sentido de no pregonar que como punto de entrada y de asiento del microbio, haya de ser también de un modo necesario primaria.

¿Se quiere mas claro aún? Basta menudear las visitas a las clínicas y no dejar enfermo de cistitis tuberculosa sin aplicarle todos los recursos de información: interrogatorio y exploración. La tuberculosis de la vejiga no irá acompañada tal vez de lesiones en otros órganos, pero nunca mas aplicable aquella sentencia de busca y ha-

l
llarás, pues casi jamás faltan la lesión ósea insidiosa, la adenitis rebelde, los catarros tenaces, las conjuntivitis y eczemas molestos, todo antiguo, muy antiguo, bien curado bajo todas las apariencias y casi olvidado por completo, pero todo capaz también de haber dejado la semilla dormitando entre las células de normales energías, hasta que, abatidas éstas, por motivos diversos, el poder de germinación del elemento morbozo va adquiriendo predominio y acaba por desenvolverse, no en sitio elegido al azar, sino en los puntos flacos, las más veces en los territorios donde las condiciones circulatorias y nutritivas (flogosis) se ofrecen abonadas á su desarrollo.

Tan difusa es la extensión de la tuberculosis en las generaciones actuales, tan varias sus manifestaciones según las regiones orgánicas en que se muestra, y tan diferente su curso y terminación, que constituye poco menos que un enigma el determinar si un adulto aparentemente sano, ha padecido alguna vez de lesiones producidas por el bacilo de la tuberculosis.

Por otra parte, es indudable que hay tuberculosis urinarias latentes, pues CATHELIN ha presentado á la Sociedad Anatómica de París varias piezas de tuberculosis de los uréteres, de los riñones y aún de la vejiga, que en vida apenas dieron lugar á otros síntomas que cefalalgias ó tics faciales urémicos.

Lo primario y lo secundario, por consiguiente, son distinciones sólo clínicas que deben aceptarse por lo mucho que guían el pronóstico y el tratamiento de las afecciones tuberculosas, pero en teoría es preciso que sean conceptuadas artificiales, ni más ni menos que la distinción, que solemos hacer entre el sol que nace y el que va al ocaso, ó entre el frío y el calor, términos todos relativos, impuestos por las condiciones de nuestros sentidos, y de tanta mayor utilidad cuanto mayor es la rectificación que alcanzan por la fuerza del raciocinio.

Hasta aquí, pues, tenemos que la tuberculización primaria de la vejiga ha sido aceptada en principio y casi como por intuición hasta por los observadores de mediados de este siglo, cuando todavía no

tiva la cistitis tuberculosa que se ha debido aceptar como á tal en el concepto clínico. Considérese, si no, cuan pocos son los enfermos de cistitis tuberculosa que, aparte de las huellas de lesiones suspectas curadas desde largo tiempo, al examen detenido no muestren también nódulos en el epidídimo, en las vesículas seminales, etc., etc. ¡Como que el mismo GUYON no vacila en estimar por primarias las lesiones tuberculosas extravesicales, y aun advierte que su ausencia debe inclinar el juicio diagnóstico hacia la exclusión de la tuberculosis vesical! Y no obstante, de GUYON son también esas ideas que trasladamos: "Lo regular es que los sujetos atacados de tuberculosis urinaria no ofrecen ninguna lesión pulmonar, ó tan solo lesiones muy insignificantes, que no merecen otra manera alguna ser puestas en parangón con las de la vejiga. Las excepciones son raras. Añadiria aún, que por lo general la enfermedad evoluciona sin tendencia alguna á la generalización, manteniendo el carácter de tuberculosis local. En esto precisamente

estriba el mayor interés clínico de la cistitis tuberculosa.

ARTICULO II

Determinismo causal

Lo característico de la cistitis tuberculosa es su aparición espontánea, sin causa capaz de provocar trastornos vesicales ó cuando menos con marcada desproporción entre la insignificancia del agente casual y la cuantía del efecto morboso consecutivo.

Pero lo característico no es siempre lo que se ofrece; todavía conviene distinguir dos grupos de causas; las predisponentes y las determinantes.

La predisposición unas veces es para la tuberculosis, otras para la cistitis y algunas para ambas; pero lo mas común es que influya en uno solo de los dos indicados sentidos. Tal enfermo, predispuesto á la tuberculosis, sufre la acción de algún agente que determina la localización vesical; tal otro predispuesto á los padecimientos vesicales, sufre la determinación tuberculosa; los dos padecen luego

de tuberculosis vesical. Y es que, en efecto, hay sujetos en que la herencia tuberculosa, ó los antecedentes de abscesos fríos, bronquítis, caries óseas y fungosidades articulares les mantienen en continua inminencia para contraer nuevas localizaciones del común proceso, y hay otros en que la vejiga es desde las primeras edades el órgano predestinado á enfermar, como se comprende al notar que presentan incontinenencia nocturna, micciones frecuentes, etc. En los primeros, el mismo efecto suele producir el reumatismo que la fatiga, el enfriamiento que la irritación simple; es á saber: el desarrollo de lesiones tuberculosas en los territorios debilitados por tales causas. En los segundos, el mismo órgano, la vejiga, suele efectuarse, cualquiera que sea el germen morbooso que ingrese en la economía: bacilo tuberculígeno, coli, el proteus, etc.

Actúan como causas á un tiempo predisponentes y determinantes las lesiones tuberculosas de las ventrículas de la vejiga, de los órganos genitales en particular; pero de estas tuberculizaciones se-

cundarias, sea cual fuere el territorio orgánico primitivamente atacado, no nos hemos de preocupar apenas en este lugar, siquiera sean las más numerosas, aunque fuesen las únicas en último análisis, porque el interés todo del estudio de la cistitis tuberculosa, según dice GUICHON, radica en lo de aparecer clínicamente como manifestación tuberculosa independiente.

Entre las causas determinantes, merece especial recuerdo el cateterismo; GUICHON insiste mucho sobre esta causa ocasional, y nosotros mismos hemos podido apreciar su influjo en un enfermo, cuyo curso hemos seguido atentamente hasta algún tiempo después de serle practicada la cistotomía suprapúbica.

Todo otro género de traumatismo y la fatiga, el enfriamiento, los excesos alcohólicos y venéreos, las cistáridas, etc., ocasionan ó juegan su papel en el determinismo de la tuberculización de la vejiga.

Con para recordados á este propósito los experimentos de MAX SCHULLER, que consisten en contundir alguna articulación de un

perro, por ejemplo, y al mismo tiempo inyectar en los bronquios, del animal esputos de tuberculosos: el resultado es la artritis fungosa de la articulación traumatizada. CAYLA ha repetido este experimento en condiciones diferentes, para aplicarlo á la patología vesical, y también, después de herir con la sonda la vejiga de algunos animales, ha logrado provocar la implantación de los gérmenes del cultivo previamente inyectado.

Aun sin traumatismo previo, cítanse casos de tuberculosis primitiva de los órganos génito-urinarlos, determinados experimentalmente en los animales: así PERON comunicó á la Sociedad Anatómica de París (21 Octubre de 1898) que un conejillo de Indias, inoculado por la vía peritoneal con producto tuberculoso, murió á los dos meses y en la autopsia se hallaron lesiones localizadas en el epididimo, vesículas seminales, etc. (L'Independance Médicale, 26 Octubre de 1898.)

El traumatismo destruye directamente las energías de los tejidos y la fatiga, los excesos, el enfriamiento, etc., obran disminuyéndolas

asimismo, si bien de un modo algo indirecto y silencioso: socavan las fuerzas elementales, derrumban la constitución química normal de los protoplasmas, favorecen, en suma, al microbio, haciendo que su virulencia no quede contrarrestada por las defensas orgánicas.

Más profunda y efectiva es todavía la influencia etiológica de las cistitis infecciosas no tuberculosas; son como los catarrros simples y las neumonías en los individuos predispuestos a la tisis. En especial la cistitis blenorragica es el motivo más frecuente de la presentación de la tuberculosis vesical. "Estos casos, dice WILK, desgraciadamente muy numerosos, se han hecho decir hace ya muchos años, que la blenorragia puede ser considerada como la piedra de toque para gran número de organismos. La blenorragia da ocasión a la diátesis, latente hasta entonces, para manifestarse; prepara el terreno morboso que atrae sus localizaciones.

La vejiga atacada por el proceso blenorragico, se constituye en locus minoris resistentiae; la predisposición, pues, que antes aceptamos por

parte de la vejiga como órgano predestinado á lesionarse, en condiciones de infección indeterminada, existe no menos evidente bajo influencias eventuales y adquiridas. Echase de ver en esto la extrema complejidad de los actos patológicos: la vida y la enfermedad (que también es vida á la postre) sólo ofrecen apariencias engañosas de simplicidad; apenas el análisis domina entre los hechos amontonados por la observación, aparecen en intrincada madeja dos hilos de las energías orgánicas y de las energías del medio, y ¡dichosos si acertamos con el nudo-matriz! ¡Infelices si torpemente lo perdemos! Por fortuna en lo tocante á la tuberculosis vesical, no se ha perdido del todo el tiempo, y no faltan datos para dejar el concepto clínico fundamentado sobre bases seguras. Lo único que cabe todavía desear con vehemencia, es la propagación de su estudio para que desaparezcan de una vez las opiniones contradictorias, tanto más dignas lamentar cuanto que se refieren a puntos sobre los cuales es fácil y conveniente la uniformidad de criterio.

ARTICULO III

Reducción del concepto etiológico integral

Discutida la acepción recta de la tuberculosis vesical primitiva, expuestas las vías de infección bacilar y el origen de los gérmenes, sentada la idea de la tuberculosis latente, manifestadas las categorías causales predisponentes y determinantes, discutidas, en fin, las relaciones mutuas entre éstas, restan además los puntos límites, los polos extremos: el principio del sencillo contagio directo, el mecanismo del complejo desarrollo de los bacilos en la mucosa vesical, y la consideración sintética de todo el problema etiológico.

El contagio de la tuberculosis hoy ya no es discutible; pero que durante el coito sea posible que le hombre, v. gr., contraiga la tuberculosis vesical, merced á los gérmenes procedentes del útero ó sus anexos lesionados, se ha de aceptar según unos y se debe de rechazar según otros. CONHEIM se inclinó en sentido afirmativo, é

igualmente VERNER, FENNET, CATIA, etc., etc. GUYOT, en cambio, con algunos de sus discípulos, opina contrariamente.

FENNET se ha apoyado en buen número de observaciones en que la infección debió de efectuarse por la vía genital. Para ello estuvo interrogando sobre el origen del padecimiento á todos los enfermos de su visita por el espacio de un año.

GUYOT ha procurado desvirtuar esos hechos y arguye que no tienen valor demostrativo, toda vez que no se hicieron los exámenes de las secreciones causantes del supuesto contagio por ver si contenían en efecto el bacilo. Además se apoya en los casos observados en la edad infantil y en jóvenes vírgenes, donde no cabe invocar contaminación sexual; en otros en que dentro del matrimonio no se ha visto que uno de los cónyuges afectados de tuberculosis vesical haya contagiado al otro, y en la circunstancia de no presentarse la tuberculosis en las regiones anteriores de la uretra, como á todas luces tendría que acontecer, ganando después el fondo de saco del bulbo y la

región prostática hasta la vejiga. RECLUS es del mismo parecer.
Y si fuéramos á citar aserciones (no pruebas, porque no las hay),
sería el cuento de nunca acabar, y así nos limitaríamos á decir:
que los reparos opuestos por GUIN á las observaciones de RECLUS,
no invalidan del todo su fuerza indicativa, ya que no demostrativa;
que la prueba constituida por presentarse la cistitis tuberculosa
en los niños y en las vírgenes, carece de valor, porque no se trata
de hacer creer á nadie que sólo por contaminación sexual sea posi-
ble contraer la tuberculosis vesical, sino puramente ver si esa vía
puede jugar su papel alguna vez; que los dos restantes argumentos
son falsos, porque se han publicado casos de contagio de la tubercu-
losis génito-urinaria por cohabitación y de lesiones en los órganos
genitales externos, y también porque la acidez de la uretra se opone
al desarrollo de casi todos los microbios (excepto el gonococo), sin
que esto obste para darles paso hasta la vejiga, y, por último, que to-
dos los esfuerzos del raciocinio dirigidos á la resolución de ese

punto, deponen en pro de la posibilidad del contagio directo, sea raro ó frecuente, que poco importa á la substancia del hecho.

Directa, desde el medio externo, ó por vía endógena, desde diferentes territorios orgánicos (que es lo más frecuente), la llegada del bacilo en la vejiga ha de tener forzosamente sus condiciones de arraigo apropiadas. Veamos, pues, cuáles sean, y si se avienen con los mecanismos de infección bacilar que hemos señalado.

CLARO deduce de investigaciones, que la implantación del bacilo es superficial, mucosa, más bien que submucosa, atacando con preferencia las regiones mas vascularizadas de la vejiga (el trígono).

CONHEIM, en su trabajo sobre la Tuberculosis bajo el punto de vista de la infección, ha pretendido que el microbio, circulando con la masa de los humores, llega á ser excretado por los riñones con la contingencia de prender en algún punto de la mucosa urinaria.

CATTEU admite el mismo mecanismo siempre que no se trate de infección primitiva de la vejiga.

DURAND-FARDEL y otros se concretan á notar la frecuencia con que las

granulaciones aparecen en la región del cuello y en torno de la desembocadura de los uréteres.

Es decir; siguiendo el sentido de unos (CHASSÉ, DURAND-FARDEL, etcétera), resultaría contraindicada la infección por la vía sanguínea; y opinando con los otros (COHEN, CATTEU, etc.), se ofrecería asimismo con existencia efectiva, aparte esta misma posibilidad, la infección directa de la mucosa vesical, ora sea por los gérmenes procedentes de los riñones, ora por los llegados de fuera á través del canal de la uretra.

Finalmente hay razones de apoyo para ambas interpretaciones.

La histología enseña que la mucosa vesical posee una red vascular muy cerrada de mallas y en extremo superficial, contactando con el epitelio mismo, accesible, por consiguiente, á los gérmenes que acaso lleguen del exterior, sin que sean menester traumatismos de consideración para implantarse y alcanzar completo desarrollo. Y la anatomía patológica da á comprender, por otra parte, el gran

papel que debe de jugar la vía circulatoria, puesto que las granulaciones suelen aparecer en los puntos de la vejiga mas ricos en vasos, y cuando la tuberculosis urinaria empieza por el riñón, ha notado también DURAND-FARDEL que precisamente es el vaso aferente del glomérulo el que primero se afecta. Eso si, en cuanto á sacar partido de lo relativo á lo creído por CAYLA, de que, una vez atacados los glomérulos, la propagación de las lesiones va siguiendo el mismo curso que la corriente urinaria, resulta expuesto en la actualidad, porque hay autores, como, COLAS, que admiten siempre como primitivas las lesiones vesicales, á las cuales siguen como secundarias las del riñón. De no ser así, cabría sacar algún partido de la extensión de las lesiones en el sentido de la corriente de la orina en el aparato urinario, y en el sentido del curso del semen en el aparato genital; equivaldría á una prueba en pro del mecanismo infectivo por implantación directa del germen en la superficie de la mucosa asiento de las granulaciones. No importa el medio ni el camino, lo que es menester en último térmi-

no, es la presencia del bacilo, sin que valga ahora ya el discutir la relativa frecuencia de la maneras como ello se efectúe; llegado este punto, lo único que decide el acto infeccioso es el estado de receptividad orgánica, y para decir mejor, local. Si la cistitis tuberculosa se presentase con mucha frecuencia, v. gr., en la tisis, una de las mayores modalidades de infección tuberculosa, y en cambio fuese rara, rarísima, en los individuos exentos de todo estigma tuberculoso actual ó pasado, entonces estaríamos autorizados para conceder toda la importancia al microbio y omitir el concepto de las influencias predisponentes á la localización vesical. Si lo que se observa es lo contrario; si á pesar del enorme número de tuberculosos manifiestos, se ve que la cistitis tuberculosa ataca á los individuos que, apenas bajos rígido análisis llegan á poder pasar por tuberculosos virtualmente desde larga fecha, y que, en cambio han tenido ya que ser señalados por predispuestos á la patología vesical; si todo esto se comprueba un día y otro día en la clínica, no queda mas solución que

la de hacer intervenir en la noción del acto infectivo, el factor más olvidado; el organismo. La vejiga predispuesta, constituida en *locus minoris resistantiae* es como el parénquima pulmonar debilitado y vulnerable; si no tienen en su seno el germen fático, lo buscan y no tardan en hallarlo. La vejiga, cuyos tejidos tienen sus energías íntegras, son como los pulmones sanos contenidos en una caja torácica bien amplia; tal vez reciban la siembra microbiana, pero sin que germine.

No hay que olvidar sobre este particular el suyo influjo ocasional de la inflamación no específica, con respecto á la tuberculización vesical. HANOT se expresa de esta manera: "Si la inflamación tiene poder para determinar el desarrollo de tubérculos, se sigue de ello como corolario obligado, que la inflamación debe de activar el desarrollo de las granulaciones ya nacidas. El conjunto de esos hechos no autoriza, sin duda, la ley de que el tubérculo sólo pueda desenvolverse en terreno ya preparado por el proceso

flogístico ordinario, hasta el punto de que la evolución tuberculosa se haga en dos tiempos, con la posibilidad de que dicha evolución quede disociada muchas veces en el punto de tránsito y no siga el segundo período al primero hasta después de un intervalo más ó menos lejano. Pero, si es cierto que el tubérculo puede germinar d, embée, sin previa intervención del proceso flegmático (exceptuamos como se comprende, el proceso flegmático constitucional del propio tubérculo), no es menos seguro que entre las causas ocasionales de la tuberculosis, se debe colocar la inflamación á un nivel muy alto."

-----o-o-o-----

CAPITULO TERCERO

ANATOMÍA PATOLÓGICA

ARTICULO PRIMERO

Datos macroscópicos

La anatomía patológica de la cistitis tuberculosa fué indicada de un modo vago por los antiguos, pero hasta BAYLE, LAENNEC, HOVOSHIP, LARCHIER, AMMOND, BERMOND, etc., ó sea durante la primera mitad de este siglo, no quedó bien descrita en todas sus fases, excepción hecha, por supuesto, de los datos histológicos y bacteriológicos. Llenáronse los Museos anatómicos de preparaciones típicas; representáronse las lesiones en algunos atlas con irreprochable exactitud, y todo aún sin conocerse ni siquiera medianamente el cuadro clínico de la enfermedad.

Cuando hay ocasión de verificar el examen post mortem de la vejiga

de los enfermos de cistitis tuberculosa, se encuentra, dice TUFFIER en su Tratado de Cirugía, infiltrada toda la región perivesical de cierta grasa amarillenta, con los caracteres de la degeneración fibrolipomatosa. La vejiga por lo común es pequeña, arrugada, encogida, retraída sobre sí misma, dura al tacto, y tan poco elástica, que su cavidad á veces no alcanza á igualar la de un huevo de gallina. Cortando sus paredes se nota su gran espesor ó induración; llegan á tener un centímetro y hasta centímetro y medio de grueso. GUEBHARD cita dos casos de estas condiciones (observaciones VIII y XVIII). La mucosa se presenta inflamada, de color rojo ó gris (observaciones VIII, XIV y XXIII, de GUEBHARD), equimótica ó apizarrada, edematosa, como dotada de inusitada transparencia, de vascularización excesiva convergiendo desde la base del trígono á la región del cuello, tapizada á trechos de placas fungosas y friables hasta ceder á la presión del dedo, cuyo pulpejo acusa cierta impresión de granulosidad, parecida á la del chagrin. Donde con mas claridad se ofrecen estas lesiones es en la zona del

trígono de LIEUTAUD. El examen directo permite que los ojos lleguen a distinguir granulaciones pequeñas, como semillas de mijo, salientes en la superficie de la mucosa.

Estos son los más comunes caracteres de la vejiga tuberculizada en su primer período, cuando aún la fase predominantemente cistítica no se ha presentado.

Una vez llegada ésta, que señala de pleno el segundo período, se observan además las ulceraciones de mayor ó menor profundidad, desde la erosión hasta la perforación total de las paredes vesicales. Al lado de las más extensas suelen verse otras apenas iniciadas; más que úlceras, parecen pequeñas heridas hechas con las uñas, y junto á las mismas, en las zonas circundantes es posible que todavía se ofrezcan las alteraciones de puro orden vascular y neoplásico, no degenerativas ni necróticas, todavía, peculiares de la fase primera de la cistitis tuberculosa. No hemos tenido ocasión de observar algún caso de esos en ninguna autopsia, pero sí en un operado de cistotomía supra-púbica, aunque

con las limitaciones de tener que ver á través de la incisión agrandada merced á válvulas de ginecología, cuyas superficies brillantes reflejaban la luz de una lamparilla eléctrica, y realmente resulta muy instructiva tal simultaneidad de lesiones, que resumen las fases todas de la anatomía patológica de la afección que estudiamos.

El aspecto de las ulceraciones, casi siempre múltiples, es el propio de de las pérdidas de substancia de bordes cortados irregularmente, en talud y á veces á pico, aunque por regla general su conjunto sea redondeado ó elíptico, á punto de confluir unas con otras, alcanzando algunas diámetro parecido al de una moneda de cinco pesetas (observaciones IV y XIII de GUEBHARD), ó ya reunidas del todo, de modo que la mitad de la superficie de la cavidad vesical viene á constituir como una placa ulcerada (observaciones XX de GUEBHARD). El fondo de la ulceración puede llamarse tal la mayoría de las veces con toda propiedad, pues es raro que se eleve del nivel de la mucosa á guisa de enorme fungus. Mejor que por su profundidad ó por su elevación, resalta por el color rosáceo ó amarillento

to (aspecto de tina gaseosa), que contrasta con el tinte gris de la mucosa vecina, jaspeada por pequeños equimosis é hiperplasias vasculares. Y ora sean superficiales como el herpes genital (y es lo más frecuente), ora traspasen el grueso de la mucosa, invariablemente suele existir, si bien en diverso grado, el engrosamiento de la pared vezical, que toma el aspecto lardáceo, significativo de la hipertrofia y aún esclerosis de los elementos musculares y conjuntivos.

A bien que los sitios predilectos de las ulceraciones sean las vecindades del cuello y todo el fondo de la cavidad hasta la abertura de los uréteres, hay casos, como el operado á que hemos hecho anteriormente referencia, en que aparecen más altas hacia la pared posterior, cuya circunstancia tiene, sin duda, relación con la eficacia de ciertos tratamientos, porque en el referido enfermo habían fracasado en absoluto las instilaciones de sublimado, debido con seguridad á que alcanzaban apenas la porción de vejiga menos atacada por el mal. Decimos menos atacada por el mal, aunque no pudimos comprobar si lo estaba por visión

directa, porque se registran observaciones (XXIII y XXIV de GUEBHARD), en que el orden evolutivo y topográfico de las lesiones era el siguiente: en la cara anterior, granulaciones grises; más abajo, granulaciones amarillas; á seguida las ulceraciones pequeñas y diseminadas, y por último, junto al cuello y bajo fondo, las úlceras confluentes, extensas. De suerte, que si en estos casos en que, por tratarse de autopsia, el examen puede ser reposado y completo, se encontraron todas las fases de las lesiones, unas junto á las otras como seriadas, parece lógico inferir que, siempre que se vean grandes úlceras, luego otras pequeñas apenas delineadas y por último, rubicundez y edema de la mucosa, todo en zonas sucesivas, han de existir también hacia el lado de las últimas, granulaciones iniciales (difíciles de ver y de sentir en el acto operatorio), sin que sea obstáculo para admitirlas la circunstancia de ser contrapuesto el orden de disposición de las lesiones respecto á su topografía ordinaria, la cual se manifiesta en las citadas observaciones de GUEBHARD. Dos consideraciones clínicas apoyan,

por otra parte, nuestro modo de ver; una referencia á la particularidad de empezar las lesiones algo alejadas de la zona del cuello vesical, y es que entre la etiología determinante, figura en la historia del enfermo, el cateterismo que le hizo padecer mucho, resultando, por tanto, que pudo haber traumatismo, quién sabe si en el punto preciso donde las lesiones comenzaron; otra, tocante á un detalle sintomatológico, ó sea que el paciente no dejaba de presentar los peculiares fenómenos de irritación del cuello, que indican que este ó sus inmediatas proximidades era asiento directo de alteraciones anatómicas.

En los casos no frecuentes, en que las ulceraciones profundizan y llegan a perforar la cavidad vesical, se desarrolla la pericistitis complicada ó no por fístulas hipogástricas, vesico-rectales, vesico-vaginales, perineales, etc. Las lesiones peri-vesicales suelen ser esclero-adiposas y forman masas tumorales duras bastante ricas en venas, con focos de supuración en que toman parte los microbios piógenos asociados, y así se forman abscesos que comunican con la cavidad vesical y provocan

la formación de espesas masas de exudados de defensa subperitoneales, y aun no es raro que se acompañen de peritonitis circunscrita.

Repetimos, que tales ulceraciones terebrantes son raras; más común es que las úlceras avancen en extensión y comprendan toda la mitad inferior de la cavidad vesical, especialmente el cuello y á veces hasta la urétra posterior.

Las granulaciones, grises ó amarillas, y las úlceras, son el efecto de la implantación del bacilo tuberculígeno; la inflamación simple del resto de la mucosa se debe en la mayoría de casos á las infecciones secundarias por los microbios flogógenos ó por los gérmenes que de ordinario hacen vida saprofítica en nuestro organismo.

Tomando como guía seguro el grado evolutivo de las diferentes lesiones tuberculosas en el aparato génito-urinario, es preciso admitir, que en unos casos el curso de la infección ha sido ascendente, desde la vejiga hacia los riñones á lo largo de los uréteres; y en otros, por el contrario, descendente, hacia la próstata y primeras porciones de la uretra.

RIGOND ha referido dos casos de éstos con ulceraciones en el meato, y GUYON y POLOWEITSCHICK otros en que la úlcera semejaba un chanero sífilítico, si bien la marcha puede siempre diferenciarla, porque se forman cavernas y notables pérdidas de substancia, después del reblandecimiento de los nódulos. La propagación en sentido descendente, de los riñones hacia abajo, parece entorse en las observaciones V, VII y XXII de GUEBHARD. Y por último, la difusión del mal, tanto por los riñones como por los órganos genitales, también se ve en la clínica y hasta con relativa frecuencia (Observaciones III y XIV de GUEBHARD.)

Para acabar la anátomo-patología macroscópica, diremos que, fundándose más ó menos en la misma, hay autores que se deciden á fijar el órgano del aparato génito-urinario, donde con mayor probabilidad se implanta el bacilo primitivamente: así COLAS, en uno de los párrafos de su Tesis, se inclina en favor de la vejiga; LANCEREAUX en pro de la próstata; TERRILLON hacia el lado del epidídimo, etc. Son muchos los enfermos de cistitis tuberculosa, que, en efecto, empezaron por presentar nódulos en

los canales deferentes é infiltraciones en la próstata y vesículas seminales. GUYON ha expuesto algunos casos de estas condiciones.

Por nuestra parte, poco tenemos de añadir después de lo indicado en el capítulo de la etiología; conceptuamos ilusoria la pretensión de hacer moldes invariables para la patogenia de las tuberculosis locales. Aunque el grado evolutivo de las lesiones, v. gr., de la vejiga y de los riñones, depongan en pro del desarrollo primario en aquélla ó en éstos, así y todo, creemos ilógico deducir alguna consecuencia firme. Según las condiciones del medio, cabe perfectamente que las semillas de la última siempre lleguen á desarrollarse más aún que las de la primera plantación ejecutada bajo condiciones diferentes. Y mucho más, tratándose de la tuberculosis vesical, en cuya génesis tanto poder tienen la previas inflamaciones ordinarias, los traumatismos de las sondas, etc. Los mecanismos de infección tienen simplicidad sólo en lo tocante á exigir la predisposición y el microbio; pero respecto al determinismo causal y a las influencias sobre el curso evolutivo de las lesiones, son de extraordinaria complejidad y tan

diversos, que en balde se harán tentativas para reducirlos a tipos fijos.

ARTICULO II

Datos microscópicos

Poco de especial tienen las lesiones bajo el aspecto microscópico: presentan, ni más ni menos, los caracteres de la tuberculosis en las demás mucosas, digestiva, respiratoria, etc. Con todo nos permitimos resumirlas por no dejar incompleta la presente Monografía.

En el primer período, ó de tuberculización vesical propiamente dicha las lesiones fundamentales están constituidas por granulaciones grises, llamadas así por su aspecto gris, semi-transparentes, apenas visibles las mas pequeñas, y solo como semillas de nijo ó poco mayores las mas grandes. Sobresaliendo en la superficie de la mucosa congestionada desde los primeros momentos, no ofrecen ninguna particularidad especial de localización: lo mismo son aquí que en el pulmón, las meninges, etc. El aspecto gris se cambia pronto por el amarillento, expresión

de la necrobiosis iniciada en la parte central, donde la concurrencia alimenticia de las células es notable a causa de la escasez de vasos conductores del indispensable plasma. Acaba por ser del todo amarillas, que es el color de la materia caseosa, producto degenerativo de las células antes vivas, transparentes, grises. Difieren tanto las granulaciones en esos dos períodos, como la vesícula límpida varicelosa, de la pústula variólica, con la base indurada, en el punto de su desarrollo. Alguien ha comparado con ésta última la granulación amarilla,

El número ó cantidad de granulomas tuberculosas, varía muchísimo; se ven casos en que su fusión caseosa se verifica aisladamente y luego de la total disgregación queda la mucosa vesical como acribillada en gran parte de su superficie. Estas observaciones son las mas instructivas en lo relativo á la gran cantidad de tubérculos que á veces se desarrollan en la vejiga. No es raro observar, además, en tales circunstancias, que la pequeña solución de continuidad, correspondiente á

cada granulación destruida, comunicada con las células del espesor del tejido submucoso, sobre las cuales avanza alguna vez la capa epitelial formando dilataciones ampulares, cuyo diámetro es 4 y 5 veces mayor que su abertura.

En la región de bajo-fondo de la vejiga confluyen las granulaciones en tan gran número, que forman placas compactas, algo salientes.

La estructura de las granulaciones vesicales, es esa misma que tanto se prolonga su descripción en los libros actuales, en que no hay capítulo donde no se repita lo de los gránulos elementales ó folículos tuberculosos, que reunidos en número de 30 á 40 forman el conglomerado ó granulación propiamente dicha; lo de la célula gigante central con prolongaciones que atraza la parte restante del folículo, constituido por los elementos epitelioides y embrionarios de núcleo único, unidos entre sí por substancia fibrilar, pobre en vasos y aún los pocos existentes condenados á obstruirse bien pronto; y en fin, lo del controvertido origen de la célula gigante, cuyas particularidades, aparte su inusitado ta-

maño, son la granulosidad de su protoplasma, la regularidad con que contienen los numerosos núcleos de forma oval alargada y la aptitud especial para retener ciertas materias, como, v. gr., el picro carmín, que tinte de rojo los núcleos y de amarillo anaranjado al protoplasma.

Los bacilos se encuentran en las granulaciones, así en el seno de la célula gigante, como en la periferia de los folículos elementales.

La necrobiosis de los indicados elementos, debida á la obstrucción progresiva de los vasos, con la subsiguiente desproporción entre las necesidades nutritivas de los elementos conglomerados y la cantidad de nutrimento que aquellos les aportan, ocasiona el reblandecimiento de los tubérculos, la disociación y eliminación de sus elementos histológicos, y, en suma, las ulceraciones que caracterizan la segunda etapa del mal, ó de cistitis tuberculosas.

De las relaciones entre los tubérculos y la mucosa vesical, hemos ya dado á comprender más de una vez que aquellos son muy superficiales; es decir que, á pesar de su pequeñez, son salientes al nivel del epitelio, de

modo que se puedan ver y tocar. Además, no se nos olvidó tampoco el citar las investigaciones de CLADO, que han dejado probada la situación mucosa, más que submucosa, de las granulaciones. "Para observar, dice este autor, con atención alguna vejiga tuberculizada, para convencerse de que las granulaciones toman origen en la misma mucosa, en especial en la porción de tejido mucoso que contacta con el epitelio; en otras palabras: en las capas superficiales. Y si las ulceraciones todavía no se han formado, se echa de ver que los mayores tubérculos forman prominencia apreciable en la superficie mucosa."

Examinando al microscopio cortes de la vejiga hechos al nivel de las granulaciones todavía no ulceradas, se observan éstas en la capa sub-epitelial y sobresalendo hacia la vejiga a través del epitelio, el cual queda coronando la porción exterior de los tubérculos. El tejido donde asientan éstos su muestra más rico de elementos celulares; existe irritación proliferativa. Y si la cistitis concomitante es algo extensa, se manifiestan grandes extensiones de tejido sub-mucoso más denso que en

lo normal, son capilares abundantes y sobrenumero dilatados.

Los cortes que pasan por ulceraciones pequeñas, enseñan que las pérdidas de substancia, al principio cuando menos, no abundan tampoco mucho en el tejido submucoso, antes bien, ocupan la misma situación que los granulomas de los cuales son consecuencia evolutiva.

En el periodo avanzado de la cistitis tuberculosa, existen otras alteraciones además de los granulomas y úlceras primitivas, que provienen de las pequeñas úlceras: de la necrosis molecular que hace caer células y grandes porciones á veces considerables de la pared vesical. Así, pues, aparecen ectasias de los vasos; puntos de los mismos obstruidos y con señales de proliferación conjuntiva; células con gran número de núcleos, otras sin ninguno y muchas casi despegadas de los elementos próximos, á punto de acabar de desarraigarse; cuajales ó mortajas donde hubo epitelio ya desprendido; zonas, que llegan á comprender la mucosa y la capa muscular, de infiltración y proliferación de elementos de nueva formación; visión, en suma, de ruina y muerte, con tal cual conato de engaño-

sa vitalidad (proliferación conjuntiva), puesto que sólo aumenta el número de víctimas (esclerosis).

Un detalle esencial: los leucocitos, los ~~corpúsculos~~ más misteriosos de la organización animal, abundan mucho, muchísimo.

Supimos, por virtud de lo expuesto en el capítulo precedente, que la ténida red vascular sub-epitelial está más desarrollada en la zona vesical en que precisamente suelen presentarse mas marcadas las lesiones tuberculosas; ahora hemos llegado al conocimiento de la exacta situación de las granulaciones específicas, inmediatamente asimismo debajo de la capa del epitelio; pues bien, ambos datos constituyen apreciables indicios favorables al concepto de la vía circulatoria, como medio de transporte del bacilo tuberculígeno, allá en las vecindades del cuello, en el espacio de LIEUTAUD, debajo mismo de la cutícula epitelica.

-----o-o-o-----

CAPÍTULO CUARTO
~~~~~

SINTOMATOLOGÍA  
-----

INTRODUCCIÓN

El cuadro de la cistitis tuberculosa, varía algo según que el paciente no ofrezca el menor trastorno general, ó sea, por el contrario, tísico con emaciación adelantada. En el primer caso, el curso, por lo regular, es subagudo, y en el segundo crónico, lento, progresivo.

En la juventud suele presentarse mas aguda que en las edades medias de la vida; respecto á este particular, se comportan igual todas las localizaciones tuberculosas.

La edad infantil, es, en realidad, poco propensa á la cistitis tuberculosa, porque los órganos génito-urinarios todavía no han completado su desarrollo, ni existen las causas determinantes de mayor importancia, como

las infecciones blenorragicas, etc. Sin embargo, tampoco es tan rara como se quiere creer, pues pasa desapercibida gran número de veces, á causa de ofrecer los principales síntomas poco caracterizados.

Mas ora sea primitiva, ora epi-fenómeno, ya se observe en la juventud (salvo en la infancia en la cual la incontinencia verdadera es lo culminante), ya en la vejez, siempre comienza por la frecuencia de los deseos de urinar, que no obedecen a causa ninguna conocida, tal cual vez acompañada de hematuria poco dolorosa, y bien pronto de dolor y dificultad progresiva en las micciones. Más tarde sobrevienen las contracturas del cuello, las protestas violentas y repetidas del cuerpo de la vejiga, el dolor intolérable que se prolonga aún en los cortos intervalos de las micciones, la retención urinaria, la incontinencia, la piuria, etc.

Como causa proxima, ó bien no aparece ninguna ó en caso de existir es desproporcionada: un día de fatiga, una noche de excesos alcohólicos y venéreos, un enfriamiento, la supresión del flujo menstrual, el cateterismo, etc. A las dos etapas, que en la anatomía patológica expusimos, para

describir con orden las lesiones, corresponden dos periodos el mas bastante bien definidos. El primero, de tuberculosis, más quede cistitis es puramente congestivo, y se traduce por las micciones frecuentes y penosas y en las hematurias: las perturbaciones vasculares hiperexcitan la mucosa y provocan su contracción refleja, su susceptibilidad dolorosa y la rotura de los vasos turgentes subyacentes al epitelio. Falta el dolor urente, agravado hasta el paroxismo mientras dura la micción, propio de las lesiones ulcerosas y de la cistitis generalizada, y falta asimismo la piuria y otras manifestaciones de violento reflejismo; todo esto caracteriza al segundo período ó de cistitis tuberculosa.

Vamos á ocuparnos de uno y otro en los siguientes artículos.

#### ARTICULO PRIMERO

##### Síntomas del primer período

**Micciones frecuentes.**—Los pacientes de cistitis tuberculosa refieren casi invariablemente que empezaron por sentir deseos de orinar con frecuencia anormal, en particular durante la noche. No hay sólo polaquiuria, sino poliuria clara; es decir, la cantidad de secreción urinaria,



clara y límpida á pesar de todo y aun de color mas pálido que el normal, aumenta hasta la cantidad de 3 ó 4 litros diarios (especialmente en los casos de pseudo incontinencia), por mecanismo reflejo de congestión renal (TAPPET).

El origen de ese aumento del funcionalismo vesical, es la congestión directa de la mucosa; la próstata no puede intervenir á pesar de que algún autor así lo ha creído, pues se observa lo mismo en la mujer que en el hombre. Normalmente la vejiga carece de sensibilidad de contacto; posee solo la distensión: ésta llega á provocar dolor sordo, que nos despierta cuando es menester, y al mismo tiempo ocasiona congestión en todo el territorio circulatorio circunvecino (erección viril matutina). La sensibilidad de contacto hace intolerable el de la orina, y de ahí que las micciones sean imperiosamente solicitadas. La agravación nocturna de esas manifestaciones es producida por el aumento que sufre la congestión con el calor de los colchones y el decúbito dorsal.

Los intervalos entre las micciones son variables: desde dos horas has-

ta cinco minutos (observaciones XIV y XVIII de GUEBHARD). GUYON cita un enfermo que aun durante el coite tenía que interrumpirlo algunas veces para orinar; hasta tal inverosímil grado puede llegar la irritabilidad del cuello vesical. El dolor en el primer período, cuando se presenta, es fugitivo al final de la expulsión de la orina.

Los movimientos del cuerpo influyen sobre los deseos de orinar, porque ponen en contacto del cuello la orina recogida en el fondo de la vejiga y hay casos en que por este motivo se establece falsa incontinencia molestísima. En los niños, la incontinencia es verdadera, y en especial por la noche efectúan micciones sin intervención de la voluntad.

Hematuria.-La expulsión de sangre es un síntoma de gran valor y fácil de apreciar, ya que pocos gramos de sangre dan á la orina un matiz muy distinto del que pueden darle los depósitos uráticos. Cuanto mas precoz es, tanta mayor significación se le asigna: es un signo premoniter como la hemoptisis para la tuberculosis pulmonar, que se presenta espontáneamente en perfecta salud aparente, á veces muchos meses antes que sobre

fenómenos descubran el mal. Al igual que la tisis suele expulsarse sangre en el segundo período, pero es en menor cantidad, en forma de coágulos pequeños que se mantienen en suspensión en la orina. No es que sean abundosas las hematurias en la primera etapa, pues se reducen á gotas al final de la micción en la gran parte de casos, pero los hay en que son mucho mas abundantes y tiñen la orina desde el principio de las micciones. Cesan siempre espontáneamente, para reaparecer al influjo de la fatiga, los excesos alcohólicos, y en general, de cualquier agente capaz de aumentar la congestión de la mucosa y el espasmo del esfínter de la vejiga. Esas epistaxis vesicales, conforme las ha llamado TAPRET, no cesan con el reposo en la cama, como, v. gr., ocurre respecto á las hematurias calculosas. Al contrario, igual puede provocarlas la congestión nocturna que hemos señalada, como la fatiga de una marcha regular, etc. Se dice que son indoloras; pero lo cierto es que no faltan enfermos que las acusen de haberles provocado viva sensación de quemadura.

Las hematurias abundantes, de las cuales se citan algunos casos (observación IV de GUEBHARD), que tiñen la orina de color rojo subido y basta

dejarla en reposo para que se forme una masa cruórica mezclada con mucosidades, pueden además dar lugar á la formación de cuágu los fibrines intravesicales, capaces de ocasionar retención urinaria temporal. Pocas veces se observa ese fenómeno, y se comprende dado que es preciso para ello que la sangre permanezca bastante tiempo en la vejiga, cosa que la hiporexcitabilidad de su mucosa no permite poco ni mucho.

Las hematurias van haciéndose más raras conforme las lesiones avanzan, y acaban por desaparecer ordinariamente, con lo cual se demuestra más y más su origen congestivo; al cesar la congestión violenta determinada por las granulaciones grises de la zona vesical mas rica en capilares, desaparecen las hematurias, y hasta más quiere, podrán hacerse desaparecer interviniendo contra el estado congestivo á favor de la dilatación del cuello. En las neoplasias de la vejiga acontece inversamente; cuanto más avanza su desarrollo, más importantes son las hematurias que ocasionan.

En el período segundo ó de ulceraciones, de la cistitis tuberculosa, no suelen presentarse las hematurias, y si en algún caso se manifiestan ce-

me que ya no son originadas por la congestión, sino que obedecen á úlceras profundas situadas en el cuello vesical, resulta que tienen mucha duración de semanas enteras casi siempre; un día en forma de estrías entre el meco y el pus, y al depositarse éstos en unión con los fosfatos, etc., toma el conjunto un aspecto de estratos geológicos con visos amarillos y rojizos; otro día en forma de grumos sanguinolentos flotantes en la superficie de la orina; muchos, finalmente, bajo la forma de levísima nube de mucina enrojecida suspendida en las capas medias del líquido no agitado.

## ARTICULO II

### Síntomas del segundo período

Dolor.-Las micciones llegan á ser, no lacerantes, dolorosísimas. Con las manifestaciones dolorosas suele marcarse la segunda etapa de la enfermedad, la de cistitis con ulceraciones, y entonces han desaparecido por lo regular las hematurias; los deseos de orinar son todavía mas reiterados y la orina es expelida más turbia, más purulenta. Es

el período de mayor lucha entre las fibras del esfínter y las del cuerpo de la vejiga; la irritabilidad de las unas excita y aumenta la de las otras; el tenesmo se hace torturador, y la inflamación de la mucosa aumenta á causa de esos mismos torpes reflejos de defensa (?) cada vez con mayor menoscabo de la vitalidad del epitelio, que pronto cae en necrosis lenta, incesante.

Examinemos los caracteres del dolor y su mecanismo. Antes de la micción, recolecta alguna cantidad de orina en el fondo de la cavidad vesical, verificase de súbito el contacto de aquella con el cuello de ésta, casi siempre atacado por las granulaciones ya ulceradas: el estímulo es ejecutivo y la reacción se generaliza á toda la vejiga, cuyas paredes entran en fuerte contractura; pero el esfínter se contrae también con violencia y el paciente se detiene, indeciso, como quien tiene que vencer un obstáculo en sí mismo. Trate, por impulso instintivo, de retardar la micción y no halla posición cómoda capaz de sustraerle del penoso tenesmo debido al espasmo del cuello vesical; todas las posiciones, grotescas algunas de ellas, son

adoptadas por los pobres atacados de esa enfermedad. Al fin, el enfermo cae, después de los momentos en que parecía aguardar el dominio de las contracciones del cuerpo de la vejiga sobre las del esfínter, lo cual se traduce en que la necesidad de orinar se hace más imperiosa ó intolerable. Empieza la micción. Al salir el primer chorro de orina el dolor se hace vivo, rápido, eléctrico, como de desgarrar, algo urgente hacia el glande, y en seguida desaparece ó se atenúa notablemente. La micción acaba. Al cesar las últimas gotas reaparece el dolor, más acorante, intenso, con irradiaciones inexplicables; el paciente, con el semblante congestionado y las facciones contraídas, exhala algunos gemidos. Los enfermos capaces de exponer sus sensaciones con claridad, cuando las crisis son algo atenuadas, y por tanto, permiten la disociación de las impresiones dolorosas, refieren que al final de la micción perciben intenso escozor ó calor acre irradiado hasta el meato y hacia el periné, el recto, etc. En la mujer se añade otro género de dolor, gravativo, del útero, el cual tiene relaciones vasculares que hacen que se mantenga congestionado en

la cistitis tuberculosa.

Los dolores que acompañan á la expulsión de la orina, contribuyen á aumentar el mal; por una parte, favorecen la congestión (hasta el pene se pone turgente durante los dolores finales), y por otra vuelven mas excitable el cuello vesical, lo que equivale á hacer sentir al enfermo nuevos deseos de orinar. Es un círculo de causas y efectos que el paciente es incapaz de romper; se trata de resistir á expulsar la orina, pronto la angustia del tenesmo le obliga á ceder, y si procura satisfacer la necesidad apenas es solicitada, resulta que los dolores del final de la micción y los del principio de otra micción, se suceden sin descenso, y progresivamente más intensos, porque, y lo repetimos, el dolor y, por consiguiente, las micciones, son causas de congestión refleja.

El dolor en sí resulta de las contracciones simultáneas de las fibras musculares del cuerpo y del cuello de la vejiga, de fin opuesto unas y otras, irritadas todas por la propagación directa de la flogosis de la mucosa. Pero no todo es dolor por espasmo de los dos órdenes dichos de



fibras musculares, sino que contribuyen á exacerbarlo las lesiones mismas que suscitan el espasmo, es decir, la congestión y la ulceración y destrucción no rara vez de la mucosa vesical. Algunos autores antiguos (HOWESHIP, ROSHINSKY, etc.), creyeron que el dolor aparecía por reflejismo renal, cuya idea dominó hasta que RANNEY hubo demostrado su verdadera patogenia.

Durante los cortos intervalos de las micciones, cesa el dolor en los casos no muy graves de tuberculosis vesical, y si existe es vago, sin localización precisa, aunque comúnmente es referido á la región lumbar como sensación de peso incómodo. Algunas veces, bastante raras, extiéndose esa molestia hacia los muslos y piernas, igual que si se estuviese cansado, de suerte que se cuentan casos en que cupo el falso diagnóstico de ataxia incipiente. Y se comprende bien el centro lumbar vesical llega á irritarse por vía refleja, y se perturba el funcionalismo de los segmentos tercero y cuarto de la médula del sacro, en uno de cuyos puntos se han demostrado lesiones que en vida se habían exteriorizado bajo

diferentes anomalías en las funciones de la vejiga urinaria (SCHLESINGER). La proximidad del centro inervador del recto explica también la frecuencia con que se presenta el tenesmo rectal.

De todas maneras, aun en las treguas que dejan las crisis, basta la bipedestación, el ir en carruaje ó lo movimientos rápidos, para que la urencia y la constricción se dejen sentir detras del pubis y hacia las fosas ilíacas, el periné y los muslos.

Como ya han declarado varios autores, existen formas de cistitis tuberculosas en extremo dolorosas; las molestias no cesan un instante y quebrantan con rapidez las fuerzas de los pacientes, quienes no cesan de lamentarse ni de buscar imposibles posiciones de alivio. Los accesos, en tales ocasiones, son muy análogos á los de cólico nefrítico, y, mientras duran, el enfermo pide á gritos la intervención quirúrgica, si es que entiende que puede proporcionarle el deseado alivio.

A la inversa, vense otros enfermos, en los cuales, á despecho de las lesiones profundas que deben de tener, á juzgar por la purulencia de la

orina, sin embargo, soportan el mal bastante bien, sin violentas manifestaciones de la sensibilidad.

Es verosímil que las formas mas o menos dolorosas de la tuberculosis vesical vayan íntimamente relacionadas con la región que las lesiones ocupan en la vejiga; las grandes crisis, según esto, estarían ligadas con la localización preferentemente cervical, y las formas poco dolorosas indicarían más bien que el mal radica en el cuerpo de la vejiga, acaso á un nivel más alto que el cuello, y por ende menos susceptible de recibir el continuado estímulo de la orina.

Espasmo, retención, incontinencia falsa é incontinencia verdadera. -Ha hecho indicarlo que uno de los factores del dolor durante las micciones no es mas que el espasmo del cuello vesical y de la porción vecina del canal de la uretra. Es una contractura refleja que hace causa común con las lesiones oscilares que la provocan, pues aumenta todavía más la congestión de la mucosa. Malaventurado del enfermo que manifieste pronto el espasmo; se aliviará menos, si es que algún alivio cabe, con la

terapéutica ordinaria, y padecera además las angustias de la retención más ó menos completa.

El espasmo y la retención son, pues, á veces, muy prematuras; aun en el primer período, acontece que el enfermo hace inútiles, esfuerzos para expeler la orina, ya que apenas saca unas pocas gotas, que no satisfacen la necesidad, antes bien la fustigan de nuevo. La vejiga cada vez más repleta se eleva por encima del pubis, en forma de un ovoide duro y sensible, hasta más arriba del nivel del ombligo. Aparte del espasmo se produce la retención en algunos casos á causa del abultamiento de la próstata por lesiones tuberculosas, y en otros, muy raros, por la existencia de coágulos sanguíneos intravesicales. Lo mas común, así y todo, es la contracción espasmódica del cuello y uretra, que se presenta lo mismo en el hombre que en la mujer (observaciones de HAWARD). La retención produce un estado congestivo muy propicio para las infecciones secundarias. Hay una forma de retención sobre la cual ha llamado la atención DESNOS; se presenta lo mismo en la cistitis tuberculosa que en la blenorragica, y su desarrollo es insidioso, lento, y pasa muchas veces desapercibida,

porque para encontrarla es menester buscarla. Lo mas regular es que pronto sobrevenga la incontinencia por reboamiento (observaciones X y XXIX de GUEBARD); la orina mana gota á gota y el enfermo se da cuenta de ello pero sin poder remediarlo, y si por un esfuerzo de voluntad domina por algunos instantes su escape, los pujos se vuelven apremiantes y no llega á tiempo de recoger con el orinal la pequeña cantidad que se le desliza, siendo otra vez inútiles los esfuerzos para vaciar mas la vejiga, é inútil la percepción clara de que otras pequeñas cantidades de secreción van saliendo. Es la lucha entre las musculaturas del cuerpo y del cuello vesicales, pero la lucha con fatiga y sin predominancia decisiva de ninguna de ellas. El manar continuo de la orina es mas frecuente en la infancia que en la edad adulta, ó por lo menos en la última es sólo nocturno, y durante el día es substituido por micciones repetidas y apremiantes, pero verdaderas micciones á la postre. En la infancia, en cambio, es lo mas frecuente que exista incontinencia nocturna y diurna (observaciones V y VII de ARMANDON).

Hay otra modalidad de pseudo-incontinencia falsa (si se permite la redundancia), debida á la tuberculización avanzada de la próstata, cuyas cavernas se llenan de orina en los momentos de cada micción y luego en los intervalos la sueltan paulatinamente. No tiene, sin embargo, más importancia que la de ser origen de confusión cuando se investigan los signos físicos á la ligera.

En la verdadera incontinencia, ni la salida de la orina va acompañada de ganas de orinar, ni le es posible al enfermo el suspender un momento de escape de la misma; y es natural; como que el cuello ha sido destruido por úlceras que ya son cavernas cuando tal fenómeno se manifiesta. De ahí que la incontinencia de esos caracteres sobrevenga sólo en el último período, al mismo tiempo que la caquexia. El caso citado por CARTAZ, en el cual se presentó prematuramente, constituye una excepción de verdad.

Mas, todavía tenemos que volver sobre la incontinencia en la cistitis tuberculosa de los niños. Respecto á este síntoma vale más, sin duda

conocer sus modalidades por la patogenia que por el nombre: si nace en tanta cacofonía entre pseudo-incontinencia, verdadera incontinencia y pseudo-incontinencia falsa, se corre el peligro de quedar al fin sin nociones claras. Y ya que se nos ha caído de la pluma esta digresión, he ahí otra no sin importancia. Se habrá podido notar, en efecto, que en la exposición de los síntomas antes estudiados, apenas hemos hecho mención de las particularidades con que se ofrecen en la infancia; pues bien: el curso clínico de la tuberculosis vesical en los niños, gira todo alrededor de la incontinencia, y precisamente, por presentarse ésta desde el principio del padecimiento, faltan, no sólo la frecuencia de las micciones, sino también sus manifestaciones consecutivas, tales como el dolor, que si aparece es simple molestia que aumenta al hacer presión sobre el hipogastrio, y las hematurias, que tampoco, cuando por rareza ocurren, llegan á más que á teñir apenas la orina (caso citado por ARMANDON). En la tesis de BOURSIER, no obstante, citanse observaciones

referentes á niños enfermos de tuberculosis de la vejiga, en cuyo curso se manifestaron los principales síntomas, incluso el dolor capaz durante el día de arrancar gritos á los pacientes. Pero lo ordinario es que las ganas de orinar se supergongan, como dice ARMANDON, y que como consecuencia aparezca desde el principio del mal la fatiga y la parálisis del esfínter de la vejiga. Y de esto se deduce la consideración que dejamos pendiente, sobre la incontinencia en la infancia; es decir: que aun en la etapa inicial el escape de orina se efectúa, mejor que por rebosamiento, por falta de contención, puesto que el esfínter, lejos de resistir, al igual que en el adulto, cede y queda por fortuna sin actividad. Decimos por fortuna porque, de no acontecer así, las mismas micciones exaltarían todos los síntomas hasta el grado que los hemos dejado descritos. La incontinencia verdadera peculiar de la cistitis tuberculosa infantil, aun en sus primeros momentos, constituye como una suerte de medio de defensa equiparable al que provoca el cirujano al apelar á la dilatación forzada del esfínter en el tratamiento.



de la misma afección en la mujer. Téngase en cuenta ese procedente de fisiopatología para formar criterio tocante á la valía relativa de los recursos operatorios propuestos para combatir la tuberculosis vesical.

Finalmente, conviene aún despejar una duda. Despréndase de lo dicho la posibilidad de que la incontinencia debida á la enfermedad que nos ocupa, pueda revestir en la infancia fases sucesivas algo contrapuestas.

Primero, cuando las granulaciones no han entrado en fusión caseosa, en vez de las micciones imperativas y dolorosas, se establece la incontinencia por parálisis del esfínter, y en cambio, más adelante es fácil espasmo, que, por la ulceración del cuello vesical, aparezca el espasmo, la retención y la incontinencia también, pero por rebosamiento, y últimamente, puede luego ocurrir que las úlceras destruyan tanto la región cervical de la vejiga, que otra vez sobrevenga la incontinencia por inacción del esfínter.

Ahora bien; supuesto este caso, ¿cómo distinguir la incontinencia inicial de la postrera?—No es difícil. Sirve para este fin el mismo dato que se hace valer para distinguir la incontinencia expresiva de la cistitis tu-

bercúlosa, de la simple incontinencia tan frecuente en la infancia; es decir: la purulencia de la orina. Esta en el primer período es clara, límpida, no deja apenas manchas en la ropa, y á la inversa, en el segundo período es turbia, amarillenta, con el aspecto llamado de orinas frenales. Esto sólo, pues, vale para guiar el pensamiento ó interpretar con acierto el origen de la incontinencia. Las crisis poliúricas que se ofrecen de un modo invariable en el adulto durante el primer período, dejan de presentarse en los niños, y por tanto no que pensar en ellas para aprovechar su significación. Y faltan porque falta también las más veces conforme hemos repetido, el motivo principal de irritación refleja del riñón, ó sean las micciones frecuentes, los rebrotes congestivos vesicales y las recrudescencias del dolor.

Por no dejar conceptos á medio exponer, ó que se presten, á lo menos, á la mala interpretación, nos vemos obligados á dar fuera de tiempo otra idea diagnóstica. Es decir; si la orina del período inicial, según acabamos de exponer, es clara y límpida, ¿cómo diferenciar la incontinencia

simple, de la incontinencia primera manifestación de la cistitis tuberculosa? Eso lo resuelve el microscopio con sólo revelar la presencia de algunos glóbulos de pus, los cuales existen muy desde el principio, aunque no sean bastantes numerosos para alterar el aspecto de la orina á simple vista. Y además, si se pudiese dar con un bacilo..., pero sobre los bacilos hay mucho que decir.

Pluria.-La presencia de pus en la orina constituye el último síntoma de que nos hemos de ocupar en este artículo. Tiene importancia, como la tienen los esputos purulentos en la tisis, porque poseen valor demostrativo, así no porque sirvan tanto como se dice para el diagnóstico clínico que pueda casi siempre quedar bien establecido antes de alcanzar el proceso tan avanzada etapa (fusión de las granulaciones y formación de úlceras). Es muy posible, sin embargo, que la orina se ofrezca algún tanto purulenta á raíz de las primeras hematurias, y aun antes que éstas, en el período inicial, cuando tal vez el enfermo no se ha tenido todavía á sí mismo por tal, por no parecer en lo más mínimo en el acto de

las micciones, cuyos intervalos pueden ser los normales, sin otra manifestación, en una palabra, que la purulencia de la orina.

La cantidad de pus es más abundante que en la cistitis blenorrágica (mucho más localizada generalmente), y aparece en mayor cantidad al principio y al final de las micciones. En el intervalo de éstas han notado RICORD, BARNIER, VEDRINE, y otros, la salida de pequeñas cantidades de pus precedente, según los mismos autores, de las granulaciones que á veces se desarrolla en la uretra poco antes de atacar la tuberculosis á los testículos.

El pus se ofrece íntimamente mezclado con la orina si existe en poca cantidad, que es lo que ocurre por regla general en la infancia y en el primer período y en tal caso es menester dejarla en reposo muchas horas para que se sedimenten los glóbulos blancos. En los niños, cuando á causa de la incontinencia la orina nunca llega á ser recogida en bastante cantidad, es fácil que pase desapercibida la piuria, y, sin duda, esto solo constituye la mayor causa de que sean diagnosticadas de simple incontinencia buen número de cistitis tuberculosa. Más, á poca que sea la abun-

dencia del pus, presenta la orina dos capas características: la superior, menos densa, tiene los caracteres casi normales, y la inferior forma un sedimento blanco amarillento, estratificado no rara vez de sangre, que toma el aspecto, al decir de BUNN, de filones geológicos en terrenos estratificados...

Respecto á las que acaso ocurran tocante á la apreciación de la piuria, hay poco que advertir, porque el solo aspecto de la orina es inequívoco, y en caso contrario, el examen microscópico de los leucocitos, la reacción clásica del pus tratada por el azul de metileno ó la simple adición de una gota de tintura de guayaco en el tubo de ensayo donde se calienta la orina hasta 33°, basta para desvanecer toda vacilación. El color que toma la orina con pus tratada por el guayaco, es azulado poco intenso.

La orina purulenta de los enfermos de tuberculosis vaginal, tiene poca tendencia á manifestar la transformación asniacal (GILBERT), porque contiene poca proporción de urea, tanto por estar disminuida la cantidad absoluta de este producto, como por reducirse aún más relativamente á

causa de la poliuria que casi siempre existe.

Y aquí dejamos en suspenso el estudio de la piuria para reanudarlo más adelante al hacer el análisis del valor diagnóstico de la misma.

#### APÉNDICE

##### Signos físicos

La pretendida blenorrea tuberculosa, admitida por tantos autores, incluso el de la mejor (aunque ahora ya anticuada monografía sobre la cistitis tuberculosa, GUEBHARD, es hoy día poco aceptada, si no es en la acepción de verdadera blenorragia crónica, motivo quizá de la tuberculosis vesical. Dice GUYON; "por mi parte, no la he visto jamás, de tal suerte que tiendo á suponer que sean de origen blenorragico todos los flujos uretrales aparecidos durante el curso de la tuberculosis urinaria".

No menos falaces, puesto que se encuentran en otras afecciones, son las excrecencias llamadas de TERRILLON, pequeños pólipos dolorosos aparecidos á veces en torno del meate en la mujer, y equiparados por este autor con

las vegetaciones de Krishaber y Peter, propios de la tuberculosis laríngea.

La sensibilidad local, sea cual fuere la forma de explorarla, aparece exaltada constantemente. La presión sobre el hipogastrio y á través del recto ó de la vagina dolorosa.

La palpación concinca de la vejiga á través del hipogastrio y del recto ó de la vagina, revela el engrosamiento ó induración de las paredes de dicho órgano.

El tacto rectal podrá hacer apreciar en el hombre la hipertrofia de la próstata y de las vesículas seminales, igualmente que la presencia de induraciones y nódulos, reblandecidos ó dolorosos, en las mismas.

El cateterismo indica que la mucosa es muy irritable, porque el contacto de la sonda provoca el dolor y el espasmo del cuello, especialmente si el catéter es metálico, en cuyo caso el pico del mismo sólo puede ser dirigido con dificultad, como moviéndose dentro de un espacio estrecho, hacia la parte inferior, donde suele apreciarse dureza anormal. Conviene hacer

esa exploración con el catéter olivar, y aun así se promueve dolor, la congestión y hasta el espasmo, y como consecuencia sobreviene la agravación de la cistitis: polaquiuria, hematuria y contracción invencible del esfínter, tanto por medio de las sondas, como por la presión de la orina retenida en la cavidad vesical, y no cesa más que pose á poco conforme la irritabilidad mengua.

De la cistoscopia hablaremos en el capítulo del diagnóstico, y en el ínterin no se olviden los maleficios del cateterismo; que el cistoscopio catéter es y no pequeño.

En la mujer, el examen puede ser algo más completo que en el hombre desde el punto de vista de la palpación, porque la vejiga es bastante accesible por el tacto vaginal; comprimiendo sus paredes contra el pubis en todos los casos se provoca dolor.

Si hay pericistitis, se palpará el tumor que la acompaña hacia la parte super-anterior de la vejiga, y amazándolo con prudencia, siempre que haya absceso en comunicación con la vejiga, se notará que en la micción proxi-



ma la orina es más purulenta que en las anteriores.

Los testículos, en fin, son objeto repetidas veces de inflamaciones tuberculosas.

-----o-o-o-o-----

## CAPITULO QUINTO

->>>>>-

### DIAGNOSTICO

---

#### ARTICULO PRIMERO

##### Diagnóstico diferencial

Estrecheces uretrales.-Sólo pueden confundirse con la cistitis tuberculosa,interrogando al enfermo con descuido y procediendo precipitadamente al practicar el cateterismo. Las estrecheces antiguas determinan la frecuencia y dificultad de las micciones junto con otras molestias que simulan el primer período de la tuberculosis vesical. En ésta,sin embargo,la disuria no es constante,ni paulatina en su aparición,como sucede en las estrecheces,sino brusca y con ciertas intermitencias características. Los antecedentes de traumatismos ó de blenorragias anteriores,indican mas bien estrechez uretral que cistitis tuberculosa

mínime si el chorro de la orina ha ido adelgazándose y perdiendo im-  
pulsión poco á poco. Y si aun hubiese dudas (pero con el mayor número  
de complicaciones en favor de la estrechez], el cateterismo las desvanece  
al instante. El explorador olivar número 16 ó 18 de la escala de CHA-  
RRIER, sirve para el caso: basta que se encuentre obstáculo en la región  
periana, ó que, antes de pararse la sonda en la porción perineo-bulbar, se  
perciba la sensación neta de ruptura de bridas, para poder afirmar la  
existencia de estrechez antrai. Sin el espasmo, que es lo que simula á  
esta última distinta sensación, se percibe, por el contrario, que el ca-  
nel es fino hasta el momento preciso en que el extremo de la sonda  
(aunque sea muy delgada) choca con la parte contracturada, sin que por  
eso el chorro de la orina se manifieste proporcionalmente disminuído.  
Además, en el acto de introducir el portóculo, nótese duro resalte si se  
trata de estrechez, y vuelve á sentirse la misma impresión al hacer re-  
troceder la sonda para sacarla; es decir, al revés también de lo que su-  
cede cuando se trata de espasmo, en que, una vez se ha logrado hacer pa-

sar la sonda, queda el conducto libre, tanto en un sentido como en otro. Por último, es suficiente haber hecho pasar el conductor para que aun los catéteres Beniqué de mayor grueso venzan con facilidad el espasmo, circunstancia que no se ve en las estrecheces orgánicas, á pesar de ser más doloroso el cateterismo en el primero que en estas últimas. El espasmo de la porción prevesical de la uretra, conviene diferenciarlo bien en lo tocante á su patogenia, ya que, á fuer de manifestación refleja, no es raro que vaya ligado á las neurosis y á las afecciones orgánicas de la médula.

Cálculos vesicales.-Es corriente que las piedras en la vejiga provoquen frecuentes micciones y alguna hematuria de vez en cuando. Existe, es cierto, el fenómeno del paro brusco del chorro de la orina, que se hace pasar como patognomónico de los cálculos; pero, sin embargo, es forzoso convencerse en la clínica de que á veces éstos, por su mismo peso, no provocan nunca semejante síntoma, el cual se presenta, por otra parte, en algunas ocasiones sin más motivo que el espasmo. La estación verti-

cel, lo mismo agrava las manifestaciones de la cistitis tuberculosa que las de los cálculos de la vejiga, y resulta asimismo bastante ilusorio el fundar la diferenciación en lo que ocurre en ambas afecciones al viajar en coche ó en las marchas forzadas. El efecto suele ser idéntico, variable sólo en cuestión de grados ó cantidad, que poca base prestan para establecer el diagnóstico. Más dignas de atención son las hematurias y los efectos del reposo. La hematuria, aun siendo precoz en los cálculos, es raro que deje de tener relación con espasmos, movimientos, etc., y aun más raro que se cese ó beneficie del reposo en la cama, durante el cual los otros síntomas también casi desaparecen; esto es lo peculiar de los cálculos vesicales, bien diferente de lo que ocurre en la tuberculosis vesical, agravada constantemente por el calor del lecho. El dolor es mucho más inconstante en los cálculos, al igual que las lesiones inflamatorias vesicales que los acompañan; el pus se muestra en la orina con intermitencias, por crisis, sin la constante uniformidad con que prevalece en la cistitis tuberculosa avanzada, y sobre todo, los antecedentes dan mucha

luz á poco que se alcance la buena voluntad del enfermo para referirlos. El cateterismo, en fin, tiene parecida importancia, como medio comprobatorio, á la que le hemos asignado al ocuparnos de las estrecheces uretrales. Se está autorizado para sondar cuando, aun habiendo dudas (que de no haberlas toda estaría de sobra), el ánimo se inclina con fuerza á la idea de cálculo, y aun así es preciso estar muy sobre las sensaciones que proporcione el catéter, porque el error cabe todavía y se citan casos (observación 89 de la tesis de HACHE) en que lo hubo.

Hipertrofia prostática.-Es una fuente de error poco menos que despreciable. A no ser que no se distinga de edades, es difícil que se confunda el origen de la frecuencia de las micciones al principio de la hipertrofia de la próstata, y en el primer período de la tuberculosis vesical. Los cistíticos suelen ser adultos y por excepción viejos; es decir al revés de lo corriente tratándose de prostáticos. Los signos físicos proporcionados por el tacto rectal aclaran el diagnóstico.

**Neoplasmas vesicales.**-También tienen manifestaciones de parecida forma á las de la cistitis tuberculosa. Las hematurias son prematuras y tan espontáneas como en la cistitis tuberculosa, independientes del todo de los influjos externos, si no es para agravarse con la marcha, la posición vertical y hasta por el reposo en la cama, lo cual hace surgir de punto al salir de confusión entre los dos procesos. Mas, aunque en un momento parezca ser la relación con la cistitis, uno de cistitis tuberculosa y otro de neoplasia, en los que es los fenómenos comunes á ambas como la hematuria y la polaciuria; así y todo, el curso ulterior alcanza á diferenciar completamente las dos afecciones. Las hematurias en los casos de neoplasia son más continuas y más persistentes que en la tuberculosis vesical, y sobre todo se repiten cada vez con mayor frecuencia, sin que durante los intervalos se manifiesten fenómenos de cistitis.

La exploración directa por medio de cistoscopio, el tacto rectal, la palpación hipogástrica, etc., sirve para comprobar el resultado. Del

examen histológico y bacteriológico de la orina podrá tal vez reportarse excelentes datos.

Las crisis vesicales, vesiculitis, cólicos espermáticos (bastante raros), cistitis varicosa del cuello, cistalgia simple, etc., etc., casi no es preciso tenerlas en consideración en el diagnóstico diferencial, porque por poco que se conozcan esas entidades morbosas, es difícil confundirlas con la tuberculosis vesical.

Finalmente, á guisa de apéndice dejaremos sucintamente expuestos aquí los caracteres diferenciales de las inflamaciones vesicales, omisión hecha de su patogenia. La inflamación en la vejiga puede adoptar las tres modalidades clásicas; mucosa, parenquimatosa é intersticial, expresadas sintomatológicamente con las calificaciones de cistitis mucosa, mucopurulenta y purulenta. Puede también la cistitis localizarse en el cuello ó en el cuerpo, si bien acaba invariablemente por ser total, ni más ni menos como la mucosa acaba por ser parenquimatosa y purulenta; son fases evolutivas que poco tienen que ver con la naturaleza íntima de la cisti-



tis, ya que lo mismo se van sucediendo en la cistitis tuberculosa que en otras inflamaciones comunes de la vejiga. Esa variabilidad é inestabilidad de las lesiones en la tuberculización vesical, hace que el cuadro clínico sea también movedido en alto grado; las micciones frecuentes no dejarán de presentarse, claro es que no, pero ofrecerán mil cambiantes según los individuos; y lo mismo pasa en el dolor, con las hematurias, con la piuria, etc.; uno se queja de peso gravativo en el periné, otro de urencia hacia el hipogastrio, y no pocos de pinchazos lancinantes irradiados hacia el pene. La piuria es tan abundante en algunos al emitir el primer chorro de orina, como nula al fin de la micción; precisamente lo contrario de lo que acaso otros pacientes del mismo mal manifiesten.

De ahí, pues, la insuficiencia de lo dicho en la sintomalogía y la incapacidad de lo que en este capítulo mismo acabamos de exponer, para los fines del diagnóstico; requiérese más hondo análisis; es preciso penetrar más en lo íntimo del proceso y sus posibles manifestaciones; es menester, en una palabra, conocer, además de los hechos que exteriorizan la enfermedad

el cómo y el cuándo de su presencia, comparados con las circunstancias bajo las cuales se muestran entre el escuadrón sindrómico de otras entidades morbosas.

## ARTICULO II

### Concepto diagnóstico inductivo

La cistitis espontánea, cuyo curso se prolonga sin motivo y aún á despecho del tratamiento, hace sospechar la tuberculosis vesical. Es lo mismo que la artritis, la bronquitis y tantas otras manifestaciones aparecidas sin intervención de causa para producirlas; por el mero hecho de ir progresando paulatinamente, á pesar de la terapéutica planteada, son tenidas por tuberculosas.

Antes de conceder, sin embargo, verosimilitud clínica á semejante sospecha, conviene muchísimo analizar los antecedentes todos del paciente. La herencia tuberculosa es digna siempre de atención singular; constituye un dato que no rara vez decide el juicio diagnóstico tocante á la naturaleza de la enfermedad. Los antecedentes personales deben ser estudiados con suma mi-

nuciosidad, como si para fines solo especulativos se abrigara la pretensión de lograr el exacto conocimiento de las condiciones orgánicas del paciente en cualquier tiempo pasado de su existencia. Las adenitis rebeldes, los abscesos de curación laboriosa, las conjuntivitis y los catarros frecuentes, las lesiones óseas, articulares, etc., todo tiene importancia para ayudar al diagnóstico integral, no ya de la cistitis tuberculosa en su período de pluria abundante, sino de la tuberculosis vesical, imposible todavía de ser determinada con los medios más preciosos del moderno diagnóstico bacteriológico.

### ARTICULO III

#### Diagnóstico Bacteriológico

La presencia del bacilo en la orina, durante el primer período de la cistitis tuberculosa, no es frecuente; de manera, que su ausencia no desvirtúa el diagnóstico clínico. Cuando la fusión de los tubérculos está avanzada y se han formado úlceras, son más abundantes los bacilos, pero tampoco son muy fáciles de encontrar, si no es apelando á manipulaciones especiales

(centrifugación), entre tanta cantidad de líquido y tanto leucocito, hematié y célula epitelial como hay en la orina. Se ha pretendido, aunque con poco éxito, hacer el diagnóstico del tramo urinario enfermo, merced á la determinación de los caracteres de las células epiteliales contenidas en la secreción urinaria (Buffalo Medical Journal, Abril de 1898).

Los primeros investigadores del bacilo de la orina de los enfermos del padecimiento que estudiamos, han sido BABÈS y MENDELSON, y siquiera los estudios sobre este punto se hayan continuado con empeño, todavía resultan negativos la mitad de los exámenes.

"Si se halla el bacilo, dice COLAS, puédese afirmar la existencia de la cistitis tuberculosa; mas si el resultado es negativo, no se queda autorizado para negar la naturaleza específica de la afección." Igualmente explícito es CATROU, quien á poco de afirmar que "el diagnóstico precoz de la tuberculosis vesical, gracias á los síntomas tan bien descritos por GUYON, es posible hacerlo la mayor parte de veces, sin peligro de error," añade, al referirse á las observaciones I, VI y VIII de su tesis, que "el haber sido

infructuosa la investigación microscópica (en los casos indicados), no constituye ninguna razón para deshechar el diagnóstico". GUYON declara asimismo que "el estudio clínico basta para llegar al diagnóstico". REINOLDS, por último, dice que del examen bacteriológico negativo no se debe deducir consecuencia ninguna, porque la descarga de los bacilos en la orina no es uniforme, sino intermitente y pura contingencia su hallazgo. (Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, de Baltimore, 1898, pág. 254). Mas veamos ahora qué se debe hacer para buscar el bacilo en la orina.

El microbio se ha de buscar en el sedimento que forma la secreción urinaria purulenta. DE GENNES recomienda á los enfermos que conserven en un recipiente la orina del final de la micción, pero esto no siempre es posible á causa de lo repetido de las micciones, y en tales casos se recoge toda la orina y se la deja que sedimenten los elementos que lleva en suspensión; en el poso suelen quedar los bacilos, así en el caso de formarse en el fondo de la vejiga como en el de un recipiente cualquiera.

Las precauciones atisépticas, por exageradas que sean, nunca son pocas, si

es que se quiere de veras huir de las causas de error. Las proximidades del meato se deben lavar con sumo cuidado; la uretra, por lo menos, ha de recibir el lavado previo del primer chorro de orina, cuando es posible, y en otro caso, se procederá á recogerla en la misma vejiga, por medio de una sonda esterilizada y contraprobada tocando la gelatina de cultivo con un alambre de platino calentado hasta el rojo y pasado luego por la superficie interna del catéter. Estéril debe ser también el recipiente que se utilice para recoger la orina, la cual, siempre que sea menester guardarla algún tiempo antes de ensayarla, habrá que incluirla en tubos cerrados á la lámpara.

Recogida, pues, de una manera ú otra la orina, y dejada en reposo por algún tiempo si no procede de los últimos instantes de la micción, que es cuando sale la parte sedimentada en el fondo de la vejiga, ha de trasegarse con la pipeta ó el sigón la capa superior del líquido, y así se puede después manipular según convenga con el sedimento en busca de los bacilos.

Con la misma pipeta se toma una pequeña porción del poso, y se va exten-

diendo en delgadísima capa sobre las laminillas cobre-objetos, igual como si se tratara de hacer una preparación de esputos sospechosos de tuberculosis. El resultado muchas veces será negativo, empleando el procedimiento expedito que hemos indicado, y, como quiera que de la ausencia del bacilo no es posible deducir consecuencia ninguna, convendrá aún hacer nuevas tentativas, echando mano de los métodos más perfectos de investigación del bacilo. Nos referimos á la centrifugación de la orina, y á las inoculaciones experimentales de que más adelante nos ocuparemos. La centrifugación de la orina es un recurso valiosísimo, verdadero complemento y casi condición indispensable del examen bacteriológico de dicha secreción, especialmente en el primer período ó de poliuria límpida, de la cistitis tuberculosa, y también en todo el curso de ese mismo padecimiento en la infancia, en la cual los síntomas son poco claros, y todo depende del encuentro de los glóbulos de pus y de los bacilos.

El procedimiento de centrifugación empleado por HAMMOND, es el siguiente: se depositan 15 c.c. de orina en los tubos del aparato; centrifugados ya,

se separa el líquido claro del precipitado, y se trata éste por la potasa (3 c.c. de solución al 5%); redisuelto el producto en 15 c.c. de agua destilada, vuelve á someterse la mezcla á la centrifugación por espacio de veinte minutos, y por último, ora directamente, ora sometido antes á nuevas redisoluciones y centrifugaciones (con objeto de separar la potasa) se examina el sedimento al microscopio como de ordinario. Mucho se ha encomiado esta manera de proceder para hallar el bacilo en la orina, hasta el grado de asegurarse que deja muy atras, no sólo al examen directo del sedimento de la orina formado naturalmente, sino á las pruebas de inoculación experimental, puesto que se registran casos en que, entre cincuenta conejillos de Indias inoculados con productos provistos de bacilos, según el resultado alcanzado por la centrifugación, sólo uno ha ofrecido el desarrollo del proceso.

Reasumamos. Sea que se recojan las últimas gotas de orina en el acto de la micción, sea que el producto total de ésta se deje sedimentar, ó en fin que se someta á la centrifugación, de todas suertes en último resultado



llegamos á la preparación de las laminillas destinadas al examen. La coloración de las mismas nada tiene de especial, respecto á lo que se hace con todos los otros productos patológicos tenidos por tuberculosos; sólo la decoloración es un tiempo que reclama sumo cuidado, porque de no estar bien hecha podrían tomarse por bacilos otros elementos de la preparación. Los caracteres del bacilo tuberculígeno no hay para que recordarlos; bastoncitos de 3 micras de longitud y una de grueso, rectilíneos ó algo curvos, de extremos redondeados y apariencia hialina, salpicados de granulos brillantes. Su característica tintórea es la de retener la materia colorante, á pesar de los lavados con las soluciones ácidas, y así, todos los métodos de coloración se basan en esa particularidad, importando poco la fórmula del líquido colorante (de KOCH, de EHRLICH, de ZIEHL, etc.)

Bien decoloradas las laminillas, se montan como de ordinario las preparaciones, y escribimos esta palabra en plural porque, en efecto, no basta preparar una laminilla, ni dos, sino varias tomando el sedimento en dife-

rentes sitios y alturas de su espesor, pues únicamente con esa prolijidad y mucho esmero cabe reportar positivo beneficio del examen. De lo contrario, persiste la duda de si el resultado negativo expresa acaso la verdad, y á pesar de la duda es forzoso asentir á las deducciones de la exploración clínica. Recuérdese, en apoyo de lo dicho, que no es raro encontrarse con que entre media docena de preparaciones, sólo en una se descubren uno ó dos bacilos, y aun al hallarlos no es cosa de poco momento, sino fruto del pacienzudo examen de todo el campo de la misma.

Según se ve (y no hemos llegado ni á la mitad de las dificultades), no es tan fácil como parece el diagnóstico bacteriológico, y siquiera se le concedan en principio las preeminencias que señalamos en el artículo anterior así y todo, hoy por hoy deja tanto que desear, que no merece ser empleado en la práctica diaria; es, como la radioscopia, muy útil en caso de duda, no desvanecida por los recursos racionales de la clínica; pero inútil ó solo buena como trabajo de investigación de laboratorio, en la gran mayoría de observaciones.

Aun sería cosa relativamente fácil el examen microscópico a erina

si no se ofreciesen también gran número de micro-organismos de otras especies, en particular en el último período de la cistitis tuberculosa difusa. Los microbios piógenos se asocian con frecuencia á los bacilos; son abundantísimos cuando existe peri-cistitis. Otras veces, sin que se llegue á reconocer el bacilo tuberculígeno, se descubren otros géneros de gérmenes, y persiste la duda tocante á la naturaleza de la cistitis, tanto mas, cuando que ocurre en repetidas ocasiones que inflamaciones de la vejiga paran en la infección tuberculosa, sin que sea factible el fijar el punto de tránsito de una á otra.

Los microbios antecitados dificultan y tal vez desvían el diagnóstico, pero no lo hacen equivocar por error de apreciación, como el insignificante bacilo del esmegma, que aquí tiene extraordinario interés. Así empiezan á reconocerlo muchos autores en recientes trabajos, en los cuales no es lo más común leer el concepto que al empezar este capítulo transcribimos de la tesis de COLAS, es decir, que "si se halla el bacilo puede se afirmar la existencia de la cistitis tuberculosa;" sino que, con mas

cautela, suele verse la misma idea expresada de esta otra manera? El examen del bacilo tuberculoso tiene decisiva importancia cuando el resultado es positivo y no cabe la confusión con el bacilo del esmegma". Compréndese, por virtud de eso, la suma importancia de la desinfección del meato y de la recolección de la orina por medio de sondas y recipientes bien asépticos. No ha mucho se ha publicado un caso de diagnóstico erróneo de nefritis tuberculosa, motivado por haberse confundido el bacilo del esmegma contenido en la orina con el bacilo tuberculoso.

Tratábase de una niña de nueve años, cuya orina, examinada repetidas veces por un médico de Munich, daba el siguiente resultado, según nota del propio doctor: "numerosos glóbulos de pus, aislados ó en grupos; varios elementos epiteliales planos y células del parénquima renal, y bacilos perfectamente coloreados por el procedimiento de BABBET y de ZIEHL-NIELSEN, etc.etc." Con esos precedentes y la amenaza de la intervención quirúrgica á poco que se agravase el padecimiento, fué presentada la niña á MANXOVSKY y NOTKINE, quienes se admiraron al ver que, en vez de una enferma

débil y depauperada, conforme se la figuraran al enterarse previamente de la carta del médico de Munich, se trataba de una niña robusta, rolliza y de 36 kilos de peso. Sin fiebre, ni síntoma alguno á la exploración directa, se procedió á examinar la orina con igual resultado que obtenido en Munich. Para mayor seguridad se hicieron inoculaciones experimentales, y visto que no fueron positivas, sospechóse de si serian tales bacilos los del esmegma, y en efecto, así lo probaron los métodos oportunos de coloración, y además, al examinar la vulva, se encontraron erosiones en torno del meato y del clítoris, con esmegma purulento, rico en células descamadas de la mucosa local y abundante también de los supuestos bacilos tuberculosos. El tratamiento local curó las erosiones, desapareciendo los bacilos y el pus de la orina.

Esta observación demuestra, como dicen sus autores que "el diagnóstico bacteriológico preciso, de los bacilos tuberculígenos en los productos patológicos; no es tan fácil como se ha creído en estos últimos tiempos."

No se crea que este caso de error sea el único publicado en los periódicos.

dicos médicos, sino que son muchos los referidos (y más, sin duda, los ca-  
llados) y aun peores, porque no se desvaneció la equivocación hasta des-  
pues de practicadas importantes operaciones. Los más conocidos son los  
referidos por BUNGE y TRANTENROTH, MENDELSON, KÖNIG, GRETHE, FRÄNKEL,  
PAPPENHEIM, GOTTSTEIN, etc., etc. Los tres últimos se refieren á confusión  
con el bacilo del esmegma que también existe en el moco de las fosas na-  
sales y de la cavidad bucal y en la secreción del conducto auditivo ex-  
terno.

Los bastoncillos del esmegma son algo mas cortos y más delgados que los  
tuberculosos, y la coloración que presentan es muy uniforme. Sus extremos  
son más afilados, y algunos de ellos tienen mucha longitud, porque resul-  
tan de la división en dos individuos, conforme los significa el punto de  
separación no teñido. La misma coloración, según el método de GABBET y  
ZIEHL NIELSEN, no es en absoluto idéntica, ya que comparándola con otra  
preparación de verdaderos bacilos tuberculosos, teñidos de la misma suer-  
te, resulta que los del esmegma son más bien de color violeta que rojos.

La coloración es el principal medio de diferenciación de las dos clases de bacilos, pues los del esmegma ofrecen la particularidad de no resistir tanto los lavados decolorantes ácidos ó alcohólicos. Existen una infinidad de métodos de decoloración y lo más notable es que en unas ocasiones fracasa el que da buenos resultados en otras, é inversamente, de modo que en los casos oscuros no hay más recurso que irlos probando unos tras otros con el fin de cámentar bien la conclusión definitiva. En términos generales puede decirse que la decoloración por medio de los ácidos es engañosa, porque muy á menudo acontece que resisten tanto los bacilos del esmegma como los de la tuberculosis. Ya se ha visto que la causa del error de diagnóstico en el caso que hemos estractado, lo fué el fracaso del método de coloración de ZIEHL NIELSEN, que debía ó podía hacer diferenciar el bacilo del esmegma. En cambio, los métodos de CRAPLEWSKY, de PAPPENHEIM, de BUNGE y TRANTENROTH y de MARTZINOVKSY revelaron, en conformidad con el resultado negativo, de las inoculaciones, que no eran bacilos tuberculosos. Los métodos más ventajosos, que son el de PAPPEN-

HEIM y el de MARTZINOSKY, no se fundan en la decoloración por los ácidos, sino en diferencias tintóreas especiales. El primero consiste en sumergir las preparaciones en la solución de fuchina fenicada, la cual se calienta hasta que se forma vapor; se dejan enfriar y luego se las decolora y colora al mismo tiempo, por medio de una mezcla de 200 gramos de alcohol absoluto, 1 gramo de coralina, 20 de glicerina y azul de metileno pulverizado hasta la saturación; después de permanecer tres ó cuatro minutos en este líquido, se lavan con agua y se secan é incluyen las preparaciones en bálsamo del Canadá. Los bacilos tuberculosos se tiñen de rojo vivo y los del esmegma de azul. El segundo procedimiento, de MARTZINOVSKY, estriba en sumergir durante dos ó tres minutos las preparaciones en la solución de fuchina fenicada, diluída en igual cantidad de agua destilada. Sin calentar la mezcla, se sacan después las laminillas y se examinan: los bacilos del esmegma se tiñen y los tuberculosos no. Así, pues, lo mas práctico es la cuidadosa limpieza del meato urinario, seguida del



cateterismo rigurosamente aséptico para extraer la orina destinada al examen bacteriológico, y omitir desde luego, si es que se ha puesto empeño en hacer bien dichas operaciones preliminares, la contingencia de la confusión del bacilo tuberculoso con el del esmegma. Y si el resultado fuese contradictorio con el diagnóstico clínico, hecho según las inducciones expuestas en el capítulo precedente, no se vacile un instante en desechar los datos bacteriológicos, á lo menos hasta tanto que se hayan repetido con prolijidad, evitando las causas de error ya indicadas y las que todavía se dejan por señalar. Antes de hacerlo, hemos de completar ese estudio sobre los medios de que disponemos para reconocer con certeza el bacilo tuberculoso. Muchos autores apoyan la inoculación experimental de los cultivos de los micro-organismos contenidos en la orina que se desea examinar. En sí misma la técnica no es difícil; las inoculaciones sub-cutáneas, intraperitoneales, intra-vasculares, en la cámara anterior del ojo, etc., no tienen mucho de complicado; pero exigen bastantes días, de 5 á 15, antes de que se pueda verificar la autopsia y ver el resultado, y además, tampoco tienen va-

lor absoluto si no se verifican en un gran número de animales á la vez, pues cuantos más sean tantas menos objeciones podrán hacerse contra los hechos que se desarrollen; y esto tampoco es clínico, pues no se va á inocular conejillos por docenas en todos los casos de cistitis tuberculosa. Es sólo un medio que debe ser recordado, porque es capaz de hacer salir de dudas en los casos arduos en que dicha afección se sospecha en un niño y no hay síntomas bastantes, ni es factible otra cosa que atreverse á sondear con rigurosísima asepsia, centrifugar ó dejar sedimentar la orina, é inocular luego el sedimento fresco á varios conejillos de Indias, y si el resultado es positivo, se obtiene una buena guía para el tratamiento. Sirve también, según dice REYNOLDS, para hacer el diagnóstico de la tuberculosis renal primitiva y casi latente; pues basta, una vez sospechada, proceder al cateterismo, mediante el ya citado cistoscopio abierto de KELLY, de cada uréter, recoger el sedimento de la orina de cada riñón por separado é inyectarlos en el peritoneo de varios conejillos, y aguardar el desarrollo de las lesiones. TUFFIER se sirvió también de la inoculación para diagnos-

tiar un caso de cistitis tuberculosa, cuya naturaleza, de otra manera, no había sido posible determinar (citado por COLAS, Tesis, etc., pág. 30). Y por último, el método de los cultivos en las diferentes sustancias nutritivas, es aún menos ventajoso que el de las coloraciones y el de las inoculaciones en los animales; la técnica es difícil y los obstáculos por las asociaciones de diferentes micro-organismos, bastantes para desilusionar pronto de la confianza que á priori podría tal vez ponérsele. Esto, aun contando con el progreso que suponen los recientes medios de cultivo, como el agar-agar mezclado con la sustancia nutritiva de HEYDEN, que es una albúmina mucho mas asimilable que la somatosa, y en consecuencia capaz de activar el desarrollo del cultivo ya á las cinco ó seis horas de verificarse la siembra. (HESSE. Congreso para combatir la tuberculosis. Berlin, 1899. - Medicinisch-Chirurgisches Central-Blatt-Wien., 1899, nº 23, Agosto, p. 436).

#### ARTICULO IV

#### Diagnóstico anátomo-patológico

Por diagnóstico anátomo-patológico entiéndese generalmente el que suele hacerse de una manera racional, subjetiva, del estado de desarrollo en que deben de estar las lesiones tuberculosas vesicales. Así lo entiende GUYON, y con él la totalidad de los autores. Así, pues, de seguir nosotros el mismo camino, bastaría que repitiésemos aquí una vez más, que la ausencia de dolor y de piuria, pero frecuentes las micciones y repetidas ya las hematurias, es indicio de que las granulaciones están íntegras, grises ó amarillas, pero no ulceradas; que, por el contrario, el dolor vivo y la piuria señalan el reblandecimiento y destrucción de los tubérculos; que...

Mas, no es precisamente este nuestro propósito, sino tratar del diagnóstico anátomo-patológico directo por medio de la cistoscopia y ver hasta dónde llega la confianza que se puede poner en tal recurso. Y si en vez de englobar este punto entre los otros recursos de examen directo de los signos físicos, lo hemos reservado para ahora, ha sido en atención á la importancia que podría tener en la práctica, y á la que tiene, sin duda, teóricamente.

Los actuales cistoscopios son perfeccionamiento del de BENECHÉ ó anteojo cistoscópico, fundado en el mismo principio que el anteojo terrestre, con la diferencia de formarse la imagen detrás del objetivo, y no invertida, sino, directa, gracias a otra lente intermedia entre el objetivo y el ocular. Contienen un prisma delante del objetivo, que sirve para ampliar el campo visual iluminado por una lamparilla eléctrica, y en conjunto el aparato queda incluido dentro de una sonda metálica, como las de MERCIER, acodada y terminada por el extremo externo en forma de embudo, junto al cual hay los anillos de comunicación de la corriente que alimenta la lamparilla. La imagen es, pues, reflejada en el prisma igual que en un espejo, y considerablemente aumentada la vé el observador á través del aparato objetivo.

Existen varios modelos de cistoscopios, siendo los de NITZE los mas generalizados. El modelo nº 1 NITZE sirve para examinar toda la cavidad vesical, menos la parte inferior de la pared posterior y las veindades del cuello, pues está construido con el prisma situado hacia la parte externa

y posterior de la porción rectilínea de la sonda y con la lamparilla eléctrica en el propio codo de la misma. El modelo n.º 2, sirve para la pared pósteroinferior, á cuyo fin el prisma y la luz se encuentran más en la parte posterior del instrumento. Y, por último, el n.º 3, destinado a la exploración del cuello, tiene el prisma en la parte anterior del codo de la sonda, y junto a él la lamparilla. Hay otros modelos de cistoscopios, para convertirlos, si conviene, en sonda de doble corriente. Tal es el de GUTERBOCK, que ofrece la sonda cistoscópica envainada dentro de otra parecida á las de MERCIER, y cuyas ventanas ú ojales, lo mismo sirven para dar paso á los rayos de la lámpara y á los que han de formar la imagen, que para la entrada y salida de los líquidos destinados al lavado de la vejiga. Así se evita al enfermo el cateterismo previo de limpieza, y se asegura mejor la desinfección de la sonda; sin contar, además, con que tiene menos calibre que los cistoscopios de NITZE y mayor campo visual. Existen fin, otro cistoscopio, llamado abierto ó de KELLY, que sirve para el cateterismo de los uréteres. Casi todos funcio-

nan con corrientes de 12 á 15 volts.

La técnica cistoscópica es fácil á primera vista; ocurre lo mismo que con el diagnóstico bacteriológico. La introducción del instrumento no ofrece obstáculos siguiendo las reglas clásicas, á menos que existan estrecheces uretrales. La vejiga debe ser llenada previamente de solución de ácido bórico, en cantidad de 150 gramos á lo menos.

Considerando á la cavidad vesical de forma cúbica, las paredes inferior y anterior son las más interesantes, pues corresponden al cuello y trígono, donde las lesiones tuberculosas suelen asentar. La mejor posición para examinarlas bien es la de la talla perineal, y hay que saber ver pronto, porque si el extremo de la sonda queda abrazado por el cuello, se producen quemaduras y se estropea la lamparilla. El examen debe hacerse por partes, con riguroso método, si es que se quiere sacar utilidad del mismo; es decir, mover primero el cistoscopio en la dirección de delante hacia atrás, luego haciéndolo rodar sobre su eje, y, en fin, imprimiéndole movimientos de elevación y de descenso y de lateralidad á la derecha y á la

izquierda. Esos últimos cuatro cambios de posición del instrumento son los mas dolorosos para el enfermo, de modo que si no se está habituado á practicar exploraciones cistoscópicas resultan infructuosas las tentativas. Precisa muchísimo, que antes de atreverse cualquiera á manejar ese instrumento, esté ya educado en los maniquías que los fabricantes han puesto exprofeso á la venta, junto con diferentes imágenes con las cuales se logra la habilidad visual tan imprescindible para distinguir de matices á través de un medio líquido y sin mas que la imagen reflejada ó virtual, como la que da un espejo, sumergido en el agua, de los objetos proximo á su superficie.

Nos extenderíamos con placer en la exposición de las reglas y detalles innumerables que se han perceptuado, si no fuese porque la cistoscopia en la tuberculosis vesical, sobre los inconvenientes de todo cateterismo, tiene además otros obstáculos, como la reducción de la capacidad vesical, que sólo rarísimas veces permitirá la introducción de 150 ó 200 gramos de líquido, aun á pesar de la cloroformización en no pocos casos. Además, el la-



vado previo de la vejiga, la distensión forzada de sus paredes para que reciba la cantidad suficiente de solución de ácido bórico y la introducción del vistoscopio, determinan muchas veces la rotura de capilares y la salida de sangre, con el consiguiente entrubiamiento del medio visual.

Muy al principio del padecimiento puede el cistoscopio, manejado por un hábil especialista, procurar valiosos datos para el diagnóstico; tal vez en la etapa mas avanzada, cuando se han formado profundas ulceraciones, sea también de utilidad su empleo en alguno que otro enfermo; más, por la regla general, constituye un medio tan atractivo en teoría como engorroso en la práctica. Pero adviértase bien que no tratamos de la utilidad general de la cistoscopia en el diagnóstico de las enfermedades del aparato urinario; sino del provecho especial que es susceptible de proporcionar para el diagnóstico concreto de la tuberculosis vesical. Si no fuera así, nuestras apreciaciones serían muy otras, por mas que es corriente el observar que se han hecho extensivas las prevenciones contra el uso del cis-

toscopio para todos los diagnósticos de las enfermedades urinarias (vesicales), lo cual obedece, más bien á que obstáculos efectivos como los que existen en la cistitis tuberculosa, á deficiencia de educación manual y visual en el manejo de ese instrumento. Muchos son los que creen que no hace falta más que emplear algunos dineros en comprar el aparato para poderlo utilizar en seguida, y en realidad es bastante diferente la cuestión, ya que es de rigor el dispendio de no poco tiempo y paciencia en ensayos, cuyos resultados poco á poco van mejorando hasta un grado difícil de comprender aún por los ~~médicos~~ <sup>médicos</sup> especialísimos inhábiles para ese género de exploración. El cistoscopio es como esas preciosas máquinas de escribir; una vez adquiridas, falta lo mejor, que es la habilidad, sólo adquirida á fuerza de teclear las palancas de las letras tipográficas.

Así, como en los casos dudosos de si se trata de este padecimiento ó bien de estrechez uretral, sirve el cateterismo explorador para recabar la seguridad de la existencia de esta última, á la cual el juicio clínico, aunque vacilante, ya se inclinaba; de la misma manera, cuando hay dudas sobre si los

síntomas vesicales son propios ó promovidos reflejamente (cistismo) por la tuberculosis primitiva renal, por ejemplo, en que también la piuria y los bacilos se presentan, es bastante el examen cistoscópico para demostrar la integridad de la mucosa vesical salvo en las proximidades de los orificios de desagüe de los uréteres, donde suele verse alguna rubicundez poco notable (REYNOLDS).

-----O-O-O-O-----

## CAPÍTULO SEXTO

### CURSO Y PRONÓSTICO

El curso de la tuberculosis vesical es variable en sumo grado: de la marcha de la afección diatésica depende en las formas secundarias; pero, cuando es primitiva, es menester ser muy cauteloso en los juicios para lo por venir. Existen, sí, observaciones de cistitis tuberculosa primitiva de evolución galopante, acabando con la vida del enfermo en apenas dos meses (observación de WEST); más, la regla general es que se prolongue mucho tiempo, hasta 5, 10, 15 y 20 años, sin que influya notablemente durante la mayor **parte** de ese plazo sobre el estado general. Se presentan las crisis dolorosas, las hematurias y tal vez ligera piuria, y de pronto el padecimiento parece detenerse y aún mejorar mucho, y dura la tregua meses enteros, sin que en la orina existan apenas glóbulos de pus; pero, espontáneamente ó por ligera fatiga, etc., reaparecen las manifestaciones,

se llega de lleno al segundo período, y entonces la enfermedad se estaciona sin apariencias siquiera de retroceso, porque no es tan fácil que se derive la congestión, ni que cese la disgregación de las granulaciones amarillas, y menos todavía que se recubran de epitelio las úlceras extensas. Esas detenciones en la marcha subaguda del padecimiento se muestran bien en la observación XXVIII de la tesis de GUEBHARD. Gracias á las mismas, la enfermedad alcanza extraordinaria duración, como en los casos de HEWETT y de PAGET (citados por SMITH y por GUEBHARD) en que respectivamente se trataba de un joven, con gonartrocace al mismo tiempo, y de otro individuo que, después de presentar fístulas peri-vesicales, curáronse estos trayectos, y vivía aún 20 años después. HAWARD cita el caso de una mujer de 40 años, que falleció á consecuencia de cáncer mamario, la cual, desde los 18, padecía de cistitis tuberculosa, y MITSCHERLICH refiere otra observación en que el curso de la afección fué de 16 años. En vista de tan prolongado curso, es forzoso admitir que, como dice WELLER, "aún en los períodos avanzados de la tuberculosis uro-genital, la lesión puede permanecer limitada al epitelio,

respetando á los demás tejidos, y en consecuencia también después de muchos años de la aparición de la tuberculosis de la vejiga, es posible que mejore de una manera notabilísima. KAUFMANN, cuenta el caso de un enfermo de ese padecimiento, cuyo tratamiento se había habandonado por refractario, que acabó por quedar clínicamente curado.

En la mujer el flujo catamenial exacerba generalmente el padecimiento.

Sea cual fuere la ~~duración~~ <sup>evolución</sup> evolutiva de las lesiones, su terminación común es la consunción urinaria por disminución de las fuerzas generales, demacración progresiva, piuria abundante, intoxicación nerviosa y generalización del proceso tuberculoso.

En la infancia es mas benigna la afección que en la edad adulta, si bien la tendencia á la generalización es aún mas de temer, lo cual hace que la gravedad del pronóstico no pueda disminuirse mucho, en particular cuando el riñón también se ofrece atacado (cilindros, células renales, coágulos, moldes de los uréteres, poliuria turbia, palpación bimanual, etc.) cuyo órgano es el árbitro del porvenir de los niños atacados de cistitis.

tuberculosa.

El pronóstico, pues, es de todas maneras muy serio, aunque no tenga gravedad inmediata en el sentido de comprometer la vida. Pero aún permitiendo la persistencia de la vida, destruye tan de raíz la dicha de vivir, que constituye un padecimiento temible, tanto más cuando que el tratamiento local suele fracasar y el operatorio apenas alcanza á proporcionar una tregua, á veces de años, á los sufrimientos que al fin reaparecen en gran número de los operados, por más que así no se haga constar á causa de no seguirse las observaciones suficientemente.

-----o-o-o-o-----

## CAPÍTULO SÉPTIMO

-----

### TRATAMIENTO

-----

#### INTRODUCCION

Pasamos sin mas transición que esas breves líneas al punto culminante del estudio de la tuberculosis vesical; es á saber: el tratamiento. Lo hacemos así, porque casi no existe verdadera profilaxis especial para esta afección; se previene como se previenen en general todas las infecciones tuberculosas: alejando al bacilo y manteniendo incólumes las fuerzas de autoprotección orgánica, que son las propias de la vida misma. Tal vez, no obstante, sea bueno el recordar la inminencia morbosa, con respecto á la tuberculosis, en que es puesta la vejiga por sus inflamaciones comunes y en particular por la gonocócica, y también por las lesiones tuberculosas genitales, principalmente del testículo, vesículas y próstata, centros de diseminación de bacilos hacia todos los órganos geni-

(127)



to-uritarios.

Prodíguense, por consiguiente, las intervenciones quirúrgicas en los órganos citados, apenas se manifiesten los primeros nódulos, y no se escatimen tampoco las precauciones en todo caso de cistitis blenorragica, máxime si el individuo lleva estigmas de lesiones sospechosas, ó cuenta antecedentes no muy satisfactorios al mismo propósito.

El tratamiento de la tuberculosis vesical gira, como en todas las enfermedades microbianas, en torno de dos nociones; el microbio y el terreno. Todo se ha ensayado para ir contra el microbio en la tuberculosis en general, pero en balde siempre, excepto en las lesiones externas en que los medios directos logran brillantes éxitos. Mas la tuberculosis interna, cualquiera que sea su localización, ha resistido hasta hoy á todos los agentes bacilicidas empleados. En cambio, subsiste y se agranda cada vez mas el concepto del terreno, y es mucha la confianza puesta en los modificadores de sus cualidades, en los poderosos medios dinamógenos, en las curas generales de restauración de las energías vitales.

Los bacilicidas han fracasado también en el tratamiento de la tuberculosis de la vejiga, pero, además de los modificadores de los terrenos, hay una terapéutica directa, que tiene en ese padecimiento indicaciones especiales (operación para la cura radical ó paliativa) en su mas avanzado período, cuando el mal se hace intolerable y es de absoluta necesidad hacer algo para aliviar al paciente. De ahí la división del tratamiento en médico y quirúrgico, cuyo estudio empezamos á continuación.

#### ARTICULO PRIMERO

##### Tratamiento médico

Es el único que se disponía hasta hace pocos años, y es el único todavía que se debe emplear en los principios del padecimiento, "La cistitis tuberculosa, dice HACHE, sea cual fuere el período en que se ofrezca, sólo ha de tratarse localmente con suma reserva". ROUTIER ha aconsejado la abstención de todo tratamiento local durante la primera etapa del proceso. Y GUYON se complace en justificar el proceder

de los pacientes al huir de los cirujanos para solicitar la asistencia de los médicos, porque "si bien es verdad, dice el mismo, que no poseemos ningún agente específico directamente opuesto á la tuberculosis, disponemos, sin embargo, de medicaciones..." "y tanto más he de insistir sobre los beneficios de esas medicaciones en la tuberculosis vesical, cuanto que he podido comparar á menudo la nocuidad ó ineficacia del tratamiento local más metódico y variado, con el saludable efecto del tratamiento general. Mi convicción sobre este punto es muy absoluta, pues se basa en las enseñanzas diarias de una perseverante práctica".

El tratamiento debe, pues, dirigirse principalmente á la diátesis; es decir, á la nutrición, á ese fondo depositario de la vitalidad, modificable por el intermedio de las funciones más próximas, como la digestión, la circulación y respiración, y la inervación. Para este objeto tiene especial valor el tratamiento termal, encomiado hace poco por DUHOURCAU, quien ha ensayado esta cura en Cauterets con notables resultados. GUYON y LANGENBECK recomiendan los baños salinos, y KAUFMANN declara que también ha

logrado, merced á los mismos, excelentes efectos. Las acciones más próximas y evidentes en la cura termal, si bien apenas interpretadas hoy, en que empieza á iluminarse su mecanismo gracias á la teoría de los iones ó de los elementos disociados en moléculas inestables, son las ex-citante, reconstituyente y sedante. El sistema vascular es fustigado y las combustiones intraorgánicas aumentadas, y á esto sigue más rápida regeneración de los glóbulos rojos, mejores digestiones, sobre-actividad de los centros nerviosos bulbares y por consiguiente de la respiración y además cambios químicos de la economía. La difusión de las energías vasomotoras y el restablecimiento de las grandes funciones, ponen á todos los protoplasmas, incluso los de los elementos mucosos de la vejiga, en condiciones de desenvolver más acción vital en su peculiar esfera; y así, el microbio es más difícil que prevalezca sobre la vitalidad de las células.

Las fricciones secas ó con líquidos alcohólicos, el régimen alimenticio super-abundante, la vida del campo, el reposo al aire libre, en una pala-

bra, todo lo que puede excitar incesantemente la piel y las mucosas respiratoria y digestiva, obrará bien porque eleva el tonus vital y se opone indirectamente á los microbios y á sus productos. -----

Entre los agentes farmacológicos mas indicados se cuenta el aceite de hígado de bacalao á dosis altas, el arsénico, la creosota, el guayacol, el iodoformo, el eucaliptol, la trementina, etc. HORWITZ recomienda especialmente el salol, el guayacol, el ictiol y la urotropina, asociadas con la codeína y el cáñamo indiano. En la infancia el aceite de hígado de bacalao y las inyecciones de terebentol MOUSNIER, proporcionan bastantes resultados.

Sea cual fuere la medicación planteada, conviene insistir en la sobre alimentación, especialmente láctea, y en la necesidad de huir de todo género de excesos, que hacen perder en un día lo ganado á fuerza de meses de perseverante cura.

La medicación farmacológica sintomática no admite reglas completas; su empleo es circunstancial según las condiciones individuales. El

opio unido á la belladona eran hasta hoy el medio mas profundamente sedante; mas ahora son aventajados por los derivados de la morfina, obtenidos merced á la introducción dentro del armazón molecular de la misma de otras moléculas de álcalis y ácidos radicales. El hidrógeno sustituido por el metilo, el etilo, el acetilo, etc., cambia las propiedades de la morfina, haciéndola ora más tóxica, ora más narcótica, ora en fin mas tetánica. Descuella por sus ventajas entre esta nueva serie de productos la morfina diacética, que con el nombre de heroína es prescrita con grandes ventajas sobre la morfina por ser más sedante y menos tóxica que ésta última.

Los supositorios con iodoformo y belladona dan á veces resultados bastantes buenos, lo mismo que la revulsión perineal é hipogástrica, efectuada preferentemente bajo la forma de aplicaciones de termo-cauterio.

A pesar de todo, no obstante, la natural evolución de los tubérculos, dirigida en la gran mayoría de ocasiones hacia la caseificación (y no ha-

cía la transformación fibrosa), pone al enfermo en las angustias del segundo período ó de cistitis difusa y al médico en la precisión de atajar á toda costa el curso ya manifiestamente destructor de las lesiones, mediante los recursos quirúrgicos.

## ARTÍCULO SEGUNDO

### Tratamiento quirúrgico

#### § 1º LAVADOS VESICALES

Los lavados de la vejiga están indicadísimos si se considera que limpian la cavidad del moco, el pus y la sangre acumulados en la misma, pudiendo al propio tiempo modificar favorablemente la mucosa lesionada; pero tienen en la práctica el inconveniente grave de la incapacidad de la vejiga para distenderse en grado suficiente, pues á veces apenas se han introducido 15 gramos, se ha de suspender la inyección á causa de los dolores verdaderamente agudos que arrancan gritos al paciente. Por otra parte, los lavados tienen también los peligros del cateterismo, por mas que se adopten las sondas blandas, de goma vulcanizada, en lu-

gar de las rígidas. Se ha propuesto la cloroformización para poder practicar buenos lavados, mas aun durante la anestesia la completa distensión vesical no se logra, antes bien protesta la vejiga constriñéndose violentamente. Otro fracaso ha sido el sifón imaginado por MULLER, con el cual la presión del líquido se regula según la altura en que es sostenido el receptáculo en que está contenido.

Así, pues, de los lavados vesicales sólo quedan en pie sus principios racionales; en cuanto á su práctica, no hay mas solución que transigir en nuestro empeño y valernos de una buena jeringa de hidrocele con pistón de deslizamiento suave, a fin de que, á la mano ejercitada, sirva de manómetro para hacer penetrar en la cavidad vesical la exacta cantidad de líquido que, sin perjuicios ulteriores (recrudescencia de la congestión, del dolor y de las hematurias), pueda contener, permitiendo en seguida la salida del líquido, para repetir varias veces la operación, á la manera de sorbos, según felizmente se ha dicho, recordando el modo como ----- solemos lavarnos la boca.



Las precauciones antisépticas deben extremarse muchísimo, y la naturaleza del líquido inyectado ha de elegirse en conformidad con las circunstancias de cada caso. Hé ahí algunos antisépticos recomendados para esos lavados:

Acido bórico.-GUYON incitó á emplearlo en solución al 4%, pues VILLEMÍN lo había considerado como nocivo al bacilo tuberculoso; mas la experiencia ha demostrado que ni las soluciones sobresaturadas, al 12%, gracias a la magnesia, apenas tienen utilidad más que al principio del padecimiento, porque su poder bacilicida es muy débil.

Nitrato de plata.-El amigo de las mucosas, como le llama GUYON, si bien da excelentes resultados sobre ciertos microbios (menos sensibles hasta al sublimado), según ha demostrado HALLE y ALBARRÁN, en la cistitis tuberculosa dista mucho de ocupar lugar preferente. Para emplearlo, es preciso hacer antes un lavado tibio de limpieza con la solución de ácido bórico al 4%, y luego se inyecta con pausa la solución argéntica entibiada así mismo, que se deja por espacio de tres ó cuatro minutos

en contacto con las paredes vesicales. La proporción de las soluciones argénticas empleadas oscila entre 0,20 y el 0,50%.

Refiérense algunos casos en que estos lavados han aliviado notablemente; pero hay otros, en cambio, en que han provocado los dolores fuertes, el tenesmo y las hematurias. Por esto se ha tratado de sustituir el nitrato de plata por el sublimado corrosivo, según vamos á exponer.

Sublimado corrosivo. -CAZE y SIMÓN han demostrado el poder antituberculoso de esa substancia; en diez minutos, según YERSIN, el licor de Van Swieten logra matar á los gérmenes. De las experiencias de HALLE se colige que es mas eficaz contra los bacilos que el mismo nitrato de plata contra los microbios piógenos vulgares; lo cual lo han reconocido también por lo que respecta á las tuberculosis locales. SCRMANI, HAGER, FRANQUEL, etc. Así, pues, los lavados con soluciones de nitrato argéntico se sustituyen hoy por las inyecciones intravesicales de soluciones de bicloruro de mercurio desde el 1/4000 hasta el 1/1000. Para calmar el dolor que determinan se lava luego la cavidad vesical con agua hervida ó solución de ácido bórico tibia.

Esos lavados no son de los peores, pero tampoco puede esperarse de su empleo muy felices resultados.

Iodoformo.-Introducido en la terapéutica por BOUCHARDAT, está dotado de gran poder antituberculoso según las observaciones de BAUMGARTEN y KOENIG, y ha sido recomendado en la tuberculosis vesical, ya solo, ya asociado al ácido fénico ó al sublimado (TREGOMI)? Dícese que obra disminuyendo el número y la virulencia de las bacterias (NEISSER), neutralizando los efectos de las toxinas plógenas (RUYTER y BARRING); y analgesando los tejidos de irritabilidad exaltada por la proximidad de las lesiones.

Si se combina su aplicación local con su uso interno, tiene la ventaja especial para nuestro fin, de eliminarse en gran parte por los riñones, como todos los ioduros, por lo cual ha sido incluido en la breve lista de medicamentos que pueden ser de provecho como coadyuvantes del tratamiento general de la cistitis tuberculosa. El poder antituberculoso que, conforme acabamos de indicar, asignaron al iodoformo BAUMGARTEN y KOENIG,

y BRUNS, NAUWERCH, DUBREUILH, fundándose éstos últimos en el resultado de las inyecciones de solución iodoformica al 10% (hecha con una mezcla de alcohol y glicerina á partes iguales), dentro de la cavidad de los abscesos fríos, una vez vaciado su contenido, hubo de ser pronto restringido en vista de otras experiencias, entre ellas las de TROJE y TANGEL, verificadas en animales, á los cuales se les inoculaban bacilos sin que el iodoformo fuese capaz de impedir su desenvolvimiento. Concorde con esto tenemos á DE GENNES, que niega en redondo que el número de bacilos disminuya mucho tratando la tuberculosis vesical merced al iodoformo; pero, no obstante, los resultados prácticos enseñan que es un buen modificador de las lesiones tuberculosas locales, y es casi seguro que actúa en este sentido mediante el iodo naciente en que se descompone y el cual muestra singular actividad ante la materia orgánica con que se pone en contacto. TALAYRACH ha insistido muchísimo sobre los buenos efectos del iodoformo en el tratamiento de la cistitis tuberculosa, y en la misma apreciación coinciden FREY y el tantas veces

ya citado CATROU.

Hé ahí las formas bajo las que emplea TALAYRACH el iodoformo en la cistitis tuberculosa:

I.-En suspensión en cualquier líquido apropiado, al cual se le ha añadido mucílago.

II.-Disuelto en el éter.

III.-En solución en otros líquidos para que le sirvan de vehículo.

La fórmula del mismo autor para la primera clase de mezclas iodoformadas es esta:

Iodoformo. . . . .25 gr.

Glicerina. . . . .20 "

Goma tragacanto. . . 0,15"

Agua hervida. . . . .5 "

La manera de emplearla es sencilla; se mezcla una cucharada de la mixtura con un litro de agua hervida y tibia; se agita bien y se inyecta dentro de la cavidad vesical toda la cantidad posible, no sin

haber hecho un lavado previo con repetidas inyecciones de solución de ácido bórico. Muchos enfermos se alivian bastante; el dolor disminuye y casi desaparecen el tenesmo y la polaquiuria. En sentir de FREY logra el iodoformo los efectos antedichos, dificultando las fermentaciones intravesicales que agravan de continuo la congestión.

La utilización del iodoformo disuelto en el éter ha sido estudiada en especial por CHANDELUX, quien asegura que, con tal se inyecte el medicamento con cautela después de la evacuación del contenido vesical, la distensión de esta cavidad no es brusca, como se ha supuesto, sino lenta y fácil de graduar según la tolerancia que se observe. Por lo general bastan de 2 á 4 gramos de éter iodoformico cada 5 días. Más, á pesar de las cinco observaciones clínicas con que CHANDELUX apoya sus asertos, GUYON dice que el éter iodoformico sólo le ha producido fracasos.

BAZY se muestra satisfecho del iodoformo disuelto, ó medio disuelto y medio en suspensión en el aceite de vaselina, pero en la proporción

de 5%. Inyecta de 20 á 30 c/c., y dice que es la mezcla iodoformica que más se detiene en la vejiga, sin que salga hasta el fin de la micción, quedando entre tanto constituyendo un epósito permanente en el sitio de las Bésionnes.

Creosota, ácido fénico, naftol, formol. También se han probado las soluciones de estos cuerpos, pero la intolerancia vesical sólo permite aplicarlos formando soluciones demasiado débiles para ser eficaces.

Si la irritabilidad vesical es la causa de que no sean eficaces en la práctica los lavados antisépticos; y si algún medicamento, como el sublimado, pudo hacer concebir muchas esperanzas, pronto se vió cuán dolorosa era su acción, y por tanto, cuán poco tiempo es posible retenerlo en la vejiga, y aun es preciso echar mano en seguida de la inyección de agua hervida ó de solución bórica para aliviar al paciente. A esto obedece el que se haya establecido la práctica de las instalaciones vesicales para sustituir la acción de los lavados.

Tienen ventajas é inconvenientes sobre los lavados; pero, sin duda alguno, suponen en muchas circunstancias un positivo adelanto, porque se evita el inconveniente de tener que luchar contra las paredes del cuerpo de la vejiga al distenderla, y se obtiene, además, la ventaja de poder emplear soluciones de los mismos medicamentos, que hemos enumerado anteriormente, mucho más concentradas. Así el formol y el mismo protargol, (á pesar de ser superior en otros casos al nitrato de plata), pueden usarse al 5%, que es bastante á mejorar algunos pacientes. Además, las instalaciones permiten obrar por manera más inmediata sobre el mismo cuello; pero si las úlceras son profundas y hay potente espasmo, tal vez acompañado de retención, fracasan las instalaciones lo mismo que los lavados, con lo cual se presenta la indicación del tratamiento operatorio que muy pronto nos ha de ocupar.

Toda la técnica de las instalaciones estriba en mandar al enfermo que evacúe la orina, para que esta no debilite la acción medicamentosa, y en elegir una sonda oliver nº12, cuyo extremo se lleva hasta



inmediatamente detrás del esfínter, el cual se dá á conocer por la resistencia que obliga á vencer; hecho esto, se inyecta el número de gotas convenientes, y el líquido se va deslizando hacia el fondo vesical, que es donde las lesiones mas abundan.

Veamos las substancias que han sido propuestas con mayor insistencia: Nitrato de plata. - GUYON fué el propagandista de ese agente; luego se ha convertido en su detractor. Prescribía la solución al 0,50%, y á veces llegaba á las de 5 y 10%. El número de gotas que se pueden inyectar es de 20 á 40, si se trata de la solución al 0,50%, pues de las otras con menos basta, porque no hay que olvidar que sólo una gota de solución de 2 gramos de nitrato y 1 de agua, producen ya la cistitis experimental, con hematurias y todo el cortejo de síntomas. La frecuencia de las instalaciones debe ser, por lo común, de dos á tres veces por semana. GUEBHARD dice que GUYON obtenía buenos resultados con el empleo de nitrato de plata; mas luego el mismo GUYON no se ha cansado de proclamar que la única contraindicación de las instalaciones argénticas es la

tuberculosis de la vejiga, de tal modo, que es un dato de valor para el diagnóstico el hecho de que causen mas perjuicios que mejoría, á pesar de haber antecedentes blenorragicos en que el enfermo de que se trate. Las acusa también de activar la marcha destructora de las lesiones, cosa que, en efecto, se evidencia bien en las observaciones 136 y 140 de la Tesis de HACHE.

Bicloruro de mercurio.-Empleado primeramente por el mismo GUYON, que publicó un trabajo sobre los resultados obtenidos con su aplicación, se utiliza en disoluciones desde el uno hasta el cinco por mil, según sea el dolor que determine. La cantidad de líquido inyectado varía de uno á cuatro gramos, cuidando de que el extremo de la sonda llegue al esfínter para evitar el escozor producido por el resaca del líquido hacia la uretra anterior.

Las instalaciones de sublimado constituyen quizá la cura local incoerente más eficaz entre todas las recomendadas hasta ahora, GUYON afirma que nunca ha observado que diesen lugar á trastornos lo-

cales ni generales: y en cambio, con frecuencia ha visto que hacen disminuir el número de micciones, la frecuencia de las hematurias y de las crisis dolorosas, y la cantidad de pus contenido en la orina. CAMPOU ha comprobado resultados análogos, y cita tres notables mejorías entre seis enfermos, de los cuales los tres restantes solo reportaron un relativo alivio, puesto que se refería únicamente al dolor y no á los síntomas restantes. LUIS ha logrado iguales éxitos en diez enfermos, entre los cuales hubo seis notables mejorías, dos sólo algo mejorados y los dos restantes aliviados en sus dolores.

Iodoformo.-Sin gran resultado se han empleado las instalaciones de éter iodoformico.

Borato sódico.-Después de fugaz entusiasmo, es tenido por ineficaz.

Naftol alcanforado.-REBOUL y FERNET lo han ensalzado en extremo, particularmente el primero que dice haberle dado buen resultado en 5 enfermos de cistitis, á los cuales inyectaba cada 6 á 8 días 4 ó 5 gotas de medicamento.

**Acido láctico.**-En vista de los trabajos de HERING sobre el trata-  
 miento de la tisis laríngea por el ácido láctico y de la curación  
 de las úlceras tuberculosas de la lengua por la solución del mismo  
 al 80%, ensayó GREIFER las instalaciones de 30 á 60 gotas de solu-  
 ciones más débiles, desde el 1 hasta al 5%, repetidas cada día, ó dejan-  
 do uno de descanso. CATROU resume las observaciones de GREIFER, y  
 concluye tildando al ácido láctico de inútil y doloroso; mas, casi al  
 mismo tiempo FITZACH declara, por el contrario, haber alcanzado tres  
 mejorías acentuadas entre cinco casos gracias al ácido láctico al 5%.  
 No obstante, ciertos son los reparos de CATROU, cuando no ha bastado  
 mas de un lustro para generalizar la aplicación de dicho medicamento,  
 ni tampoco ha dejado de hacer constar FITZACH que prefería en su lu-  
 gar el lactato de cocaína, que no es tan doloroso.

Una de las fórmulas intermedias es la siguiente:

Lactato de cocaína. . . . . 1 gramo.  
 Acido láctico. . . . . 5 "

Agua destilada. . . . . 5 gramos

El aceite guayacolado, en fin, ha sido propuesto por DESNOS.

### § 3º-TRATAMIENTO OPERATORIO

La intervención cruenta fué indicada ya por PARKER, en 1850, en las cistitis rebeldes al tratamiento corriente, siempre que el estado de los riñones lo permitiera y que la salud general del paciente resultase comprometida por la intensidad de las manifestaciones morbosas.

Las operaciones que se pueden practicar una vez llegada la oportunidad, se dividen en puramente paliativas y en curativas. Paliativas son la directa dilatación forzada del cuello, la colpo-cistotomía y la talla perineal; su fin común es suprimir las funciones vesicales, dar constante salida libre á la orina, según recomendaron ya en la fecha citada PARKER y otros americanos, como SMITH y EWET. Curativa es, en cambio, á lo menos tiende á serlo, la cistotomía hipogástrica

con raspado y cauterización de la mucosa en los sitios lesionados. Sobre cual de los dos caminos es mas llano no hay todavía acuerdo. Al principio se recomendaba el establecimiento de las fístulas vesicales, ó en su lugar, la dilatación forzada del cuello, propagóse la idea con entusiasmo desde América á Inglaterra, Alemania y Francia y fueron muchos los que desde luego se mostraron partidarios de las operaciones paliativas, en particular en la mujer, en la cual es fácil de dilatar con el dedo el cuello vesical ó de establecer la fístula vesico-vaginal: una incisión con el bisturí ó la cachilla del termo-cauterio en el punto declive de la vejiga pronto está hecha, y los dolores y espasmos de las micciones cesan al mismo tiempo que éstos. En el hombre, con ser mas fácil de lograr el mismo resultado (repose funcional), muchos, como, FARRISON, prefirieron el ojal perineal á la talla hipogástrica. BURNES, en el Congreso para el estudio de la tuberculosis celebrado en París en 1898, se ha declarado enemigo de la operación curativa, temiendo que el raspado de la mucosa da

pie á generalizarse el proceso por todos los órganos urinarios. Admite la cistotomía supra-púbica en las formas dolorosísimas, pero sin tocar poco ni mucho la successa. En cambio GUYON, y con él muchos de sus discípulos, que son legión, no se avienen á tener ante los ojos las lesiones sin modificarles; y es más, no sólo se deciden á rasparla y cauterizarla en los casos en que DESLON mismo también practicarla la talla hipogástrica, aunque con el solo objeto de establecer el desagüe permanente de la vejiga, sino que prefieren por regla general en todos los casos la operación curativa á la paliativa.

Semejante disparidad apenas trasciende á la práctica clínica, porque al fin todos los especialistas coinciden en los puntos capitales del tratamiento; es decir, en el período inicial poner todos los medios, todos los agentes que rodean al paciente, en favor de sus energías vitales, á fin de que la sola influencia del terreno dificulte el desarrollo del bacilo; en el período mas avanzado, de las grandes crisis y hematurias, los lavados ó instalaciones, combinadas con la administración

interna de tónicos reconstituyentes y de los medicamentos conceptuados por antituberculosos; y por último, en la etapa final, de cistitis intensa y molestias insupportables que desmejoran y quebrantan rápidamente al enfermo, la intervención, ora paliativa, ora curativa, que para ambas hay indicaciones, por razón de edad, de padecimientos simultáneos, etc., pero siempre, cualquiera que fuere la elegida, dejando abolidas las funciones vesicales como reservorio durante el mayor espacio de tiempo que sea posible. El alivio que así se logra, sea el que quiera el medio de que se eche mano, es notable, no sólo en la cistitis tuberculosa, sino en todas las cistitis dolorosas en general.

Vamos á exponer brevemente las operaciones indicadas, desde la simple dilatación en la mujer hasta la cistotomía suprapúbica.

#### DILATACIÓN DEL ESFÍNTER EN LA MUJER

Ha prevalecido siempre sobre la incisión del cuello y el self retaining esthete ó sonda permanente alabada por SIMS y SKENE, y en nuestros días toma nueva importancia y aun parece privar cada



vez más respecto á las otras intervenciones verdaderamente cruentas. Por desgracia no tiene aplicación en el hombre, si no es practicando el ojal perineal, aun cuando se ha intentado hacerla también directamente gracias á catéteres especiales pero sin éxito.

La dilatación del esfínter debe hacerse previa cloroformización en una sola sesión, hasta obtener un diámetro mínimo de 2 centímetros, que corresponde á 6 ó 7 centímetros de circunferencia, ó sea al que aproximadamente tiene el dedo índice al nivel de la segunda falange. Así es que la esponja preparada y los tallos de laminaria resulten deficientes para tal intento, á pesar de haber sido aceptados en los comienzos de esa pequeña intervención por BETTRANDI, RIVIER y otros. Sin embargo, conocida la cloroformización, fué decidida la preferencia por los medios rápidos. SIMONIN utilizó un pequeño espéculum; TEALE el dilatador de WEIS; HEATH el dedo simplemente; HARTMANN el dilatador de GUYON puesto en uso por DUPLAY; HEGAR las bugías graduadas; algunos otros los aparatos de TRIPIER y TILLAUX; y en estos últimos tiempos

(132)

los que, como A. ESQUERDO, son partidarios de la dilatación, no son exclusivistas, y lo mismo recurren al dilatador de tres ramas que al dedo, si bien optando en lo posible por los medios mas sencillos, menos instrumentales.

-----  
Con las manipulaciones de dilatación es excepcional que el esfínter se rompa, pues no es seguro que en la tuberculosis vesical sea menos resistente que de ordinario, como quiso HARKES; pero tampoco es probable que sea menos fácil de desgarrar que en estado normal, conforme á la creencia de HOWE, uno de los mas entusiastas adeptos de la dilatación. De todos modos, es necesario proceder con algún cuidado no para evitar la incontinencia, que es precisamente el efecto útil que se busca, y cuanto mas persista mejor, sino para impedir profundos traumatismos, tanto mas probables, al decir de NEEGERATH, cuanto mayor es la constricción que se siente en el dedo al nivel del esfínter al explorar el cuello. Por falta de toda precaución, á buen seguro, se registran algunos casos de resultado fatal (TEALE cita tres observa-

ciones). Lo general es que sea inofensiva la dilatación; por el contrario, es demasiado frecuente el que resulte insuficiente, pues a los pocos días desaparece la incontinencia y vuelven los dolores; este es, en realidad, el reparo de mas monta que se puede hacer á la dilatación, es decir, su ineficacia en muchas ocasiones. He ahí por qué DALLÉN la ha considerado inútil en la cistitis del cuerpo vesical, y HARTMANN, aún mas radical, niega que dé resultado en caso alguno. THOMPSON la emplea para el diagnóstico de la neoplasia vesical. Por último, A. ESQUERDÓ pone de relieve la dificultad que opone el esfínter al tratamiento de las afecciones vesicales y la lucha que de este modo se declara entre las fibras de aquél y las del cuerpo de la vejiga, de lo cual resulta la agravación de la polaquiuria, el tenesmo y la incontinencia, factores todos ellos que agravaban las lesiones considerablemente; pero, suprimido el esfínter y establecida la incontinencia verdadera, cesan los dolores y las hematurias, y las lesiones interrumpen su marcha destructora, con tal que los riñones

estén sanos y la orina lave y no infecte. Por otra parte, los lavados y cauterizaciones, y el mismo diagnóstico, benefician también los efectos de la dilatación forzada, tanto mas útil como mayor es el espacio de tiempo que dura la incontinencia y, por tanto, el descenso de la vejiga. Ante esas ventajas, se inclina con razón dicho cirujano a considerar el forzamiento del esfínter como la operación preferible en la mujer en todos los casos, a lo menos con el carácter de intervención preliminar, suficiente no rara vez á evitar las de mayor importancia.

#### COLPO-CISTOTOMIA

Intervención cruenta que forma el puente de tránsito desde el sencillo forzamiento del esfínter á las tallas; y así, obedeciendo al positivo criterio utilitario, se ha de convenir con A. ESQUERDO en que, así como la dilatación es preferible en términos generales á las fístulas permanentes, también la colpo-cistotomía ofrece en general ventajas sobre las tallas perineal é hipogástrica.

Ya en 1861 preconizaban BOZEMAN y EMMET la formación de la fístula vésico-vaginal en el tratamiento de las cistitis dolorosas, siempre á condición de que los riñones estuviesen sin alteración. LE DENTU expresa parecido concepto, con las siguientes palabras: "DOLBRAU ha admitido en principio la colpo-cistotomía; también nosotros la creemos aceptable, con tal que el riñón esté sano, pues de lo contrario (y las lesiones renales son frecuentes en el período avanzado del padecimiento), resulta muy peligrosa." Ese peligro refiérese á la uremia, que con frecuencia se observa bajo tales circunstancias. Cuando hay estrosis vaginal tampoco es practicable.

La técnica de la operación puede ser muy diversa. Previa la cloroformización, colocada la enferma en la posición adoptada para la operación de la fístula vésico-vaginal, y separada la horquilla y pared posterior de la vagina gracias al espéculum de SINS, BOZEMAN creyó preferible excindir un trozo como medio duro de pared vésico-vaginal; EMMET optó por la sutura de los bordes de las dos mucosas, cortadas con las tijer-

ras en el sitio de la línea media en que forma prominencia la pared al ser empujada por una sonda acodada introducida en la vejiga.

PALLEN prefiere el termo-cauterio y DYNE el gálvano-cauterio; HARTMAN emplea una sonda acanalada y el bisturí, y GREIFER hace llegar á la vejiga, pasando por la uretra, dos pinzas largas de PEAN; pellizca un pliegue de pared vésico-vaginal con cada una de las pinzas, haciendo de modo que la distancia entre ambas sea de dos centímetros; excinde el espacio comprendido entre las mismas con las tijeras; sutura una mucosa con otra, y, por último, deja un gruesa tubo de desagüe sujeto a la herida con algún punto de crin de Florencia ó de hilo de plata.

Establecida la fístula, los dolores disminuyen, y después de algún tiempo de su cesación completa, se hace desaparecer la solución de continuidad. HARTMAN refiere una observación que se utilizó la fístula para practicar lavados vesicales durante diez y ocho meses. No hay, por tanto, que apresurarse en devolver á la vejiga su integridad como

reservorio. El mismo HARTMAN cita en su tesis dos casos de alivio notable obtenido merced á la colpo-cistotomía; BRUN da cuenta de otros dos, y GATHOU de uno que observó en la clínica de GUYON durante el año 1892. Casos de muerte se cuentan algunos.

La dilatación directa del esfínter y la colpo-cistotomía permiten reducir la talla hipostática en el sexo femenino.

#### FIGURA PRIMUM.

PROLAPSO en 1883 fué el primero en recomendarla. Puesto el paciente en la posición de la talla parinatal, se pasa por la uretra un catéter de media calibre y con acanaladura profunda, el cual es sostenido por uno de los ayudantes. El cirujano reconoce, gracias al índice izquierdo introducido en el recto, la posición del conductor uretral en las inmediaciones de la próstata, y, con esta guía, hunde verticalmente el bisturí recto de hoja estrecha y larga, prolongando el corte siguiendo el refe ó línea media del periné en una extensión de tres centímetros y medio. Seguidamente se

coloca el bisturí en la incisión con el filo hacia arriba y el talón rozando el ángulo inferior de aquella, y así es llevado hasta poner en contacto su punta con la ranura del conductor que va dirigiendo la incisión de 10 á 12 milímetros que se practica en la uretra. El bisturí es sustituido por el gorggerete que es introducido hasta la vejiga, sirviendo de guía el canal del catéter, el cual, una vez hecho este este, se retirado de la uretra. Y mientras con la mano derecha se sostiene el gorggerete en su posición, el índice izquierdo avanza por la acanaladura de este instrumento hasta la vejiga, cuya cavidad explora al mismo tiempo que efectúa la dilatación del esfínter.

GUYON emplea el catéter acanalado y con bujía directriz; la incisión de refe perineal la extiende apenas dos centímetros y medio, pero aumenta el campo operatorio haciendo dos desbridamientos complementarios laterales, que transforman la primitiva incisión recta en otra en T de ramas cortas. Va incidiendo capa tras capa los tejidos, sin separar al índice izquierdo del recto hasta llegar á la uretra, la cual no incide



sin asegurarse por el tacto de la exacta posición del canal del catéter. Armado el dilatador de mandril directriz se introduce hasta la vejiga, y con cuidado es posible casi siempre llevar la dilatación hasta 6 ó 8 centímetros; después se introduce el dedo para explorar la cavidad vesical y completar la dilatación del esfínter si así se juzga conveniente.

Los efectos de la operación son la parálisis del esfínter como en la dilatación directa que hemos estudiado en la mujer, y descendiendo la vejiga en sus funciones, los dolores y todos los demás síntomas disminuyen hasta hacer posible la mejoría de las mismas lesiones de la mucosa.

#### CISTOTOMÍA SUPRA-PÚBICA

Rasurado y desinfectado el pubis y el hipogastrio, es colocado el enfermo en decúbito dorsal sobre la mesa con los planos inclinados de TRENDLENBURG. La anestesia debe ser profunda. Se introduce una sonda en la vejiga y el globo de HUTCHINSON en el recto, el cual es

así dilatado á medida que se inyecta en la cavidad del instrumento hasta 300 gramos de agua si se trata de un adulto. Se lava la vejiga con solución de ácido bórico y luego es distendida con suma cautela (pues es posible la ruptura de sus paredes), hasta que la tensión indica la conveniencia de suspender la inyección y se cierra la llave del catéter. La incisión en la línea media se extiende de 8 á 10 centímetros á partir de la sínfisis púbica, y comprende sucesivamente la piel, tejido sub-cutáneo, aponeurosis, intersticio de los piramidales, aponeurosis subyacente á los mismos, y, en fin, la grasa preperitoneal. Se separan los labios de la herida y la grasa es rechazada por el dedo hacia lo alto, en dirección al ombligo, hasta dejar á la vista la cara anterior de la vejiga, la cual se pellizca con dos pinzas de ECHER para puncionarla á ~~incisión~~ en la extensión de 4 á 6 centímetros. Los labios de la herida son paralelos á los de la pared abdominal, y con el fin de mantenerlos hacia el exterior se les pasa á cada lado un corde-

nete, los cuales se confían a un ayudante para mantener como en suspensión al reservorio vesical. La exploración de éste entonces puede efectuarse en toda su superficie, con ayuda de una valva de SIMS bien brillante para reflejar la luz natural ó la de una lamparilla eléctrica con reflector apropiado. Reconocidos los sitios de las lesiones, se raspa mediante la cucharilla, y luego se cauteriza con el termo-cauterio las superficies cruentas. Siguen luego lavadas tibiales con solución de ácido bórico y ligero espolvoreamiento con iodoformo. El globo rectal es vaciado y retirado; en el fondo de la vejiga se colocan los dos extremos reunidos de los tubos de goma fenestrados que se hacen salir ó través de la herida, la cual en las porciones sobrantes es cubierta con pedos separados de catgut. Sutúranse, en fin, los músculos y la piel, y se aplica el vendaje. De los 3 ó los 5 días se substituyen los tubos por la sonda de PRIZZER, que permanece durante 15 ó 20 días colocada, repitiéndose diariamente las curas de la herida, que debe de cicatrizar por primera in-

tención, menos en el sitio del paso de la sonda. Los lavados vesicales con solución de ácido bórico y tal vez con el sublimado al 2/1000 son repetidos cada dos días desde la tercera semana después de la operación. CLADQ, durante los primeros días siguientes á la operación, deja tapados la vejiga con gasa iodoformica; los bordes de la herida vesical los deja, á dicho fin, unidos á la pared abdominal, y la evacuación de la orina se asegura con la sonda de REZTER; luego suprime el taponamiento y alterna los lavados de sublimado con los de sulfato de cobre.

El efecto de cistotomía supra-pública en la tuberculosis vesical es igual que el de la completa vejigotomía en un absceso; es decir, el alivio inmediato: no hay hicciones, no hay dolor; el enfermo aparece contento su vejiga, le crece, muy retraída, forma mas bien un conducto que una cavidad. Pero este resultado no persiste; á las tres ó cuatro semanas recupera otra vez sus funciones, y si bien algunos ya no vuelven á padecer crisis tan terribles como antes, de todas maneras las

micciones se restablecen y con ellas las molestias. La mejoría dura mas bien al suprimir la sonda de REZZER persiste la fístula, hasta que dos ó tres meses mas tarde se precede á la cistostomía y á la sutura de los planos de la herida abdominal. En consideración á estas particularidades se ha modificado la talla hipogástrica, con el fin de constituir un mesto mas permanente, suturando los labios de la vejiga con los del tegumento, y así, la cicatrización no puede tener lugar, ni tampoco la infiltración urinaria por la retracción excesiva de la vejiga detrás del pubis. Tal operación se conoce con el nombre de cistostomía de PONCET, bien estudiada por BOUTAN, quien la considera muy indicada en la cistitis tuberculosa. BOUTIER quiere que del tratamiento médico se pase á la cistostomía sin emplear nunca los instilaciones y los lavados, y en cuanto á la duración del mesto hipogástrico fija el término de 3 á 5 meses para obtener buenos resultados. DEGNOS es aún mas exigente, pues opina, que dicho tiempo de traza concedido á la vejiga inflamada no

ha de ser menor de un año. Para mitigar las molestias del nateo preternatural, se han usado orinales especiales, como los de COLLIN y de SOUILL.

Los casos de absoluta curación no abundan; se refieren, sí, historias clínicas de buen resultado inmediato como las dos que reseña CATROU y otras siete (y muchas otras análogas que no podrían citarse) dadas á conocer por VIGNON, de cuyos enfermos hubo dos en que fracasó la tentativa de inmediata suture total de la vejiga, hasta el punto de formarse una vez absceso y fístula consecutiva, y en los otros cinco, á pesar de practicarse la excisión, cauterización y raspado de la mucosa y de dejar la cavidad vesical tapada y con nateo temporal hipogástrico, solo duró la mejoría lo que la fístula, fallando más tarde al cabo de algunos meses por los progresos de las lesiones.

Una de las historias clínicas con que ilustra COLAS su tesis no es tampoco concluyente, á despecho del cuidado con que CLAUD excindió la mucosa atacada, dejando suturados los bordes resultantes, y no lo

es porque la observación del caso es incompleta; la enferma fué operada en Diciembre de 1897 y la tesis que se publica la observación fué presentada en la Facultad de París por COLAS en 4 de Mayo de 1898, ó sea sin plazo bastante para poder dar cuenta del resultado definitivo de la cura radical. En cuanto á la segunda historia que este mismo autor expone, es á todas luces un fracaso, en el sentido de nuestro propósito, y, en consecuencia, muy lejos de convenir con las conclusiones finales de su tesis, altamente favorables á la intervención cruenta curativa, nos abstenemos de recomendar la cistotomía, ora se acompañe ó no de excisión, raspado y cauterización de la mucosa afecta, si no es como último recurso de que cabe echar mano para aliviar siquiera por algún tiempo los padecimientos crueles de la cistitis tuberculosa. De esto á ir en busca de aventuras después de tantísimo resultado negativo, corre gran distancia.

## CONCLUSIÓN

La cistitis tuberculosa sólo tiene individualidad en el terreno clínico. No hay razón para colocarla como entidad abstracta en las clasificaciones patológicas, porque, al igual que la mayoría de tuberculosis local, es una manifestación de un acto infectivo bacilar que no es forzoso haya tenido lugar en la misma vejiga y precisamente poco antes de empezar los fenómenos morbosos vesicales.

Al contrario, por regla general, se ha concluido considerándola como consecuencia tardía de una infección tal vez distante de la vejiga y cuyas lesiones primitivas es posible que se hayan curado ó reducido al estado latente.

El diagnóstico de la cistitis tuberculosa, hoy por hoy, no puede hacerse expeditamente de un modo directo, en presencia de la realidad de la esencia del proceso. Las causas de error, y las dificultades



de las técnicas microscópica, bacteriológica y citoscópica, obligan a convertir en discursivo al diagnóstico fundado en estos recursos, que sólo el afanoso anhelo de poseerlos más en absoluto, como se logrará algún día, ha podido revestirlos de una importancia clínica de que todavía carecen.

Es así la supremacía actual del diagnóstico clínico, resultado del análisis y comparación aislada y con referencia mutua de todos los síntomas y signos, incluso los que entrañan los exámenes de los microbios y de las lesiones, relegados, por virtud de ese criterio, a la misma categoría que las otras manifestaciones morbosas.

Y, en fin, tampoco el tratamiento precisa el apoyo del laboratorio; es el tratamiento clínico tradicional por excelencia: la acción tónico-reconstituyente sobre el terreno, el primer factor de todas las enfermedades, el elemento-clave de la salud, de recuperación, de la existencia orgánica. El tratamiento quirúrgico es un recurso, pero no una solución; juega un papel de análoga importancia al del diagnóstico bacteriológico con respecto al diagnóstico inductivo.

Clinicoesencialmente clínico, es el problema de la tuberculosis vesical; pero le es hoy todavía en los momentos de poner término á nuestra tarea, y mañana puede que no lo sea tanto, ni en el concepto etiológico, por demostración evidente de las vías de tuberculización vesical; ni en el concepto diagnóstico, por la facilidad y seguridad inequívocas en la comprobación directa de la presencia del bacilo y de las lesiones; ni, en fin, en cierta manera, bajo el aspecto terapéutico, á causa del logro de las experiencias con razón cimentadas sobre el método surcoterápico, vacunoterápico y quimioterapéutico.

He dicho.

*Luis Valde Candel*

FIN

*Barcelona Marzo 1927*

-- BIBLIOGRAPHIA --  
-----

- CATROU.-Contribution à l'étude du traitement de la Cystite tuberculeuse. Thèse de Paris, 1893.
- COLAS.-Contribution à l'étude de la tuberculose vésicale et de son Traitement chirurgical. Paris, 1898.
- LARCHIER...-Arch. Med., t. XX., pag. 326. 1827.
- LOUIS.-Recherches sur la phthisie, pag. 132.
- RAYAR.-Traité des maladies des reins, 1841, II, pag. 623-643.
- ANDRAL.-Précis d'anat. path., II, pag. 623-633.
- GUERHART.-Etude sur le Cystite tuberculeux, Paris, 1878.
- DUPOUR.-Thèse, 1354, pages 44 à 47.
- LANCERREUX.-Anat. path., I, pag. 302.
- WEST.-Diseases of women, 2<sup>e</sup> edic., pag. 163.
- BROUARDEL.-Thèse, 1863, pag. 97.
- SCHMIDTLEIN.-Diagn. d. Phth. d. Harnwege, Erlangen, 1862.

SANDERSON.-Research on artif. tub, Edinb., 1869.

TAPRET.-Archives générales de Médecine. Mayo y Julio de 1878.

ARMANDON.-Essai clinique sur la cystite tuberculeuse chez l'enfant.  
Lyon, 1897.

HACHE.-Etude clinique sur les cystites. Paris, 1884, pag. 25.

ARMANDON.-Thèse, loc. cit.

JACOBY.-Therapeutics of Infancy and childhood. Philadelphia, 1898,  
pag. 441.

WILKE.-Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin. Festschrift. Braun-  
schweig, 1897.

CATHELIN.-L'Indépendance Médicale, 1898, pag. 339.

VERCHERE.-Thèse, Paris, 1884. Portes d'entrée de la tuberculose.

FURNET.-Société Médicale des hôpitaux. Séance du 26 Décembre 1884.

CATLA.-Thèse de Paris, 1887.

RECLUS.-Gazette hebdomadaire du 28 Février, 1884, pag. 34.

LANOT.-Thèse d'agrégation. Paris, 1885.

RICORD.-Note a Hunter, 1852, pag. 799.

GUEBHARD.-Etude sur la Cystite tuberculeuse. Paris, 1878.

COLAS.-Contribution à l'étude de la tuberculose vésicale. Paris, 1896, pag. 15.

LANCERHACK.-Annales des maladies des organes genito-urinaires, I, pag. 183.

CLADÉ.-Annales des maladies des organes genito-urinaires. Janvier 1887. Note pour servir à l'étude des lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose vésicale.

ARMANDON.-Essai clinique sur la cystite tuberculeuse chez l'enfant. Lyon, 1897.

MARSDEN, MELLACANI.-Arch. italiennes de Biologie, 1882.

GILBERT.-Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur lesplexus veineux intra-pelviens.-Journal de l'anatomie et de la physiologie, 1889, pag. 487.

TADINI.-Etude clinique sur la tuberculose urinaire.-Archives gé-

nérales de Médecine, 1878, I, p. 513; II, p. 531 y 1878, II, pag. 405.

HEWARD.-The Lancet, 1874, II, pág. 803.

DESROS.-Association française d'urologie, (20 Octubre 1898).

APOLLON.-Essai clinique sur la cystite tuberculeuse chez l'homme, Lyon, 1897.

THIRILLON.-Progrés Médical, n.º de Febrero de 1880.

DUGLAS.-Recent advances in practical Medicine. Address at the Annual Meeting of the British Medical Association, held at Portsmouth, Agosto de 1899.

DE GRUYER.-Annales des maladies des organes génito-urinaires, Semestre 1885.

HARMON.-Montreal Medical Journal, 1898, pág. 597.

REYNOLDS, Bulletin of the Johns Hopkins, n.º. 42, Noviembre, 1898.

TRIMMERT.-Sägen und Tuberkelbacillen Fortschritte der Medizin, 1896, n.º. 25.

GRABOWSKY.-Zur Kenntnis der Sägenbacillen. Müncher Medizinische

Wochenschrift, 1897, numéro 43.

MILLER.-Modern Medicine, Battle Creek, Michigan, January, 1899.

WENTFORDS.-Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 1898, Novembre.

ZAMFERN.-Traité de Thérapeutique de Panzold, pag. 444, tome VII.

HACHE.-Etude clinique sur les cystites, Paris, 1884, pag. 135.

ROCHER.-Résumé Congrès Français de Chirurgie, Paris, Octobre, 1893.

DURCHONCAB.-Traité de traitement de la tuberculose, Paris, 1893.

ALLING.-Emploi thérapeutique des injections de chlorhydrate de morphine dans la vessie.-Bulletin de Thérapeutique, 1868, pag. 546.

GREIFER.-Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse, Thèse, Paris, 1898.

YERSEIN.-De l'efficacité de quelques antiseptiques et de la chaleur sur le bacille de la tuberculose.-Annales Institute Pasteur, 1886, pag. 60.

CONDE.-Contribution à l'étude du traitement de la cystite par le quinine.-Thèse de Bordeaux, 1892.

CHANDELUX.-Notes sur les injections vésicales d'éther iodoformé, etc.

Lyon Médical, 1837.

BAZY.-Sociedad de Cirugía de París, Actas. Sesiones del 13, del 25 de Noviembre de 1896.

HAUDONIC.-Asociación francesa d'urologie, 1898, ROUTIER/-Décimo Congreso Francés de Cirugía, París, 1898.

GUYON.-Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1892.

FERNET.-Du naphtol camphré et de son application au traitement des ulcerations tuberculeuses. Bulletin et Memoires Société Therapeutique, Paris, 1889.

GREIFER.-Thèse de Paris, 1890.

COLAS.-Contribution à l'étude de la tuberculose vésicale. Thèse de Paris, 1898, pag. 44.

HARTMANN.-Des cystites colorantes, leur traitement. Paris, 1887.

SIMONIN.-Innocuité et utilité de la extreme et rapide dilatation de la urètre chez la femme, Memoires de la Société de Medicine de Nancy, 1871-72, pag. 218.



PALLEN.-American Journal of Obstetrics,-New-York,1878,p.1.

BOUTAN.-De la cyatotomie sus-pubienne.Thèse de Paris.1893,pag.53.

VIGNON.-Congrès de Chirurgie,1893.-Semaine Médicale,15-Avril,1893

-----0-0-0-0-----